

SCREENING I FINLAND 2014

Nuläge för screening inom hälso- och sjukvården och framtidsutsikter



Screening i Finland 2014

Nuläge för screening inom hälso- och sjukvården och framtidsutsikter

Red. Riitta Sauni

Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2014:18

ISBN 978-952-00-3559-4 (inh.)

ISBN 978-952-00-3560-0 (PDF)

ISSN-L 1236-2050

ISSN 1236-2050 (print)

ISSN 1797-9854 (online)

URN:ISBN:978-952-00-3560-0

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3560-0>

www.stm.fi/sv/publikationer

Omslagsbild: Kuva-Plugin

Förlag: Social- och hälsovårdsministeriet

Layout: Juvenes Print - Finlands Universitets tryckeri Ab, Tammerfors 2015

SAMMANDRAG

SCREENING I FINLAND 2014

Nuläge för screening inom hälso- och sjukvården och framtidsutsikter

Screening som genomförs för att främja hälsa har långa traditioner i Finland. Från och med år 2003 har en screeningarbetsgrupp, som tillsatts av social- och hälsovårdsministeriet, bedömt pågående och föreslagna screeningprogram inom hälso- och sjukvården och deras metoder.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska en kommun ordna screening för sina invånare i enlighet med det nationella screeningprogrammet. En förteckning över dessa screeningundersökningar ingår i förordningen om screening: bröstcancerscreening för kvinnor i åldern 50–69 med cirka två års intervaller, screening i syfte att förebygga cancer i livmoderhalsen hos kvinnor i åldern 30–60 med fem års intervaller samt fosterscreening under graviditetstiden. Fosterscreening omfattar allmän ultraljudsundersökning under tidig graviditet, utredning av risken för kromosomavvikelser och ultraljudsundersökning för att utreda grava anatomiska avvikelser.

Screening styrs nationellt genom både normer och mindre bindande informationsstyrning. Utanför den screening som bestäms genom förordning kan de som ordnar screening välja både den screening som ska erbjudas och hur denna genomförs förhållandevis självständigt. I flertalet länder har den riksomfattande styrningen av screening som gäller enskilda sjukdomar efter hand ökat för att likvärdigheten ska förverkligas. En omfattande samhällsrelig diskussion om screeningens mål och effekt är en bra grund för styrning.

Att införa en ny typ av screening i det nationella screeningprogrammet kräver mycket beredningsarbete. En offentlig diskussion och effektivt stöd för genomförandet bidrar till att en screening accepteras, och de skapar en grund för enhetlig verksamhetspraxis. De ökar också målbefolkningens deltagaraktivitet. Som exempel på beredning och förankring av ny screening används i denna rapport inledandet av fosterscreening i Finland.

Screeningen måste skapa tillräckligt hälsa för att den ska vara motive-rad med avseende på folkhälsa. Därmed ska det finnas en bra uppfattning om nyttan med, kostnaderna för och de samhällsreliga konsekvenserna av screening innan man bestämmer sig för att inleda ett nytt screeningprogram. Flera fall av screening har inletts på initiativ av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården utan särskild styrning. Effekten av lagstadgad screening har även bedömts i efterhand i Finland. Ibland visar en bedömning av screening att den inte är tillräckligt lönsam för att inle-das. Denna rapport behandlar följande typer av screening som bedömts i screeningarbetsgruppen: infektionsscreening under tidig graviditet, streptokockscreening under graviditet, screening av ämnesomsättnings-

sjukdomar hos nyfödda, screening av aortaaneurysm och hörselscreening på nyfödda.

Effekten av en viss cancerscreening har kunnat bevisas, men all cancer-screening är inte nödvändigtvis nyttig. För- och nackdelarna med screening ska vara i balans. Tillämpning av screening, som i undersökningskonstellationen konstaterats vara effektiv, som screening av befolkningen kan i fråga om effekten visa sig vara mindre än förväntat. Screeningregistren är viktiga för att genomförandet av screening, deltagandet i screening och framför allt effekten på befolkningsnivå kan bedömas och följas upp.

Hälsoundersökningarna har inkluderats i denna rapport eftersom gränsen mellan screening och hälsoundersökningar är svävande i den allmänna diskussionen. Hälsoundersökningar kan innehålla element av screening, men målet med hälsoundersökningarna är inte enbart att hitta sjukdomar eller deras förstadier, utan att stöda hälsan, välbefinnandet och arbetsförmågan. Vid hälsoundersökningar för barn och unga betonas uppföljning och stöd av uppväxten och utvecklingen, för vuxna främjande av hälsan och funktionsförmågan samt stöd av arbetsförmågan.

Vi hoppas att den information och de erfarenheter som rapporten förmedlar är till nytta när man stakar ut riktlinjerna för screeningen, dess styrning och kvalitetskontroll i framtiden.

Nyckelord: cancer, effekt, genomförande, likvärdighet, screening, styrning

TIIVISTELMÄ

SEULONNAT SUOMESSA 2014

Terveysthuollon seulontojen nykytila ja tulevaisuuden näkymät

Terveysten edistämiseksi tehtävillä seulonnoilla on Suomessa pitkät perinteet. Vuodesta 2003 lähtien Sosiaali- ja terveysministeriön asettama seulontatyöryhmä on arvioinut käynnissä olevia terveydenhuollon seulontaohjelmia, sellaisiksi ehdolla olevia ja niiden menetelmiä.

Terveysthuoltolain mukaan kunnan on järjestettävä asukkailleen valtakunnallisen seulontaohjelman mukaiset seulonnat. Nämä on koottu seulonta-asetukseen: rintasyöpäseulonta 50–69 -vuotiaille naisille noin kahden vuoden välein, kohdun kaulaosan syövän seulonta 30–60 -vuotiaille naisille viiden vuoden välein sekä sikiöseulonnat raskaana oleville. Sikiöseulontaan kuuluvat varhaisraskauden yleinen ultraäänitutkimus, kromosomipoikkeavuuksien riskin selvittäminen ja ultraäänitutkimus vaikeiden rakennepoikkeavuuksien selvittämiseksi.

Seulontoja ohjataan kansallisesti sekä normein että vähemmän sitovan tiedolla ohjauksen avulla. Asetuksella säädettyjen seulontojen ulkopuolella seulonnan järjestäjät voivat valita sekä tarjottavat seulonnat että niiden toteutuksen melko itsenäisesti. Useissa maissa valtakunnallista ohjausta on vähitellen lisätty yksittäisiä tauteja koskevien seulontojen osalta, jotta tasatarvo toteutuisi. Laaja yhteiskunnallinen keskustelu seulontojen tavoitteista ja vaikutuksista on hyvä perusta ohjaukselle.

Uuden seulonnan ottaminen mukaan valtakunnalliseen seulontaohjelmaan vaatii paljon valmistelutyötä. Julkinen keskustelu ja tehokas toimeenpanon tuki edesauttavat seulonnan hyväksyttävyyttä ja luovat pohjaa yhtenäisille toimintakäytännöille. Ne myös lisäävät kohdeväestön osallistumisaktiivisuutta. Esimerkkinä uuden seulonnan valmistelusta ja juurruttamisesta käytetään tässä raportissa sikiöseulontojen aloittamista Suomessa.

Seulonnan pitää tuottaa kylliksi terveyttä, jotta sen tarjoaminen on kansanterveyden kannalta perusteltua. Niinpä seulonnan hyödyistä, kustannuksista ja yhteiskunnallisista vaikutuksista on oltava hyvä käsitys, ennen kuin uusi seulontaohjelma päätetään aloittaa. Monet seulonnat ovat käynnistyneet terveydenhuollon ammattilaisten aloitteesta ilman erityistä ohjausta. Lakisääteisten seulontojen vaikuttavuutta on arvioitu Suomessa myös jälkikäteen. Tässä raportissa käsitellään seuraavia seulontatyöryhmässä arvioituja seulontoja: alkuraskauden infektioseula, raskausajan streptokokkiseula, aineenvaihduntatautien seulonta vastasyntyneillä, aortta-aneurysman seulonta sekä kuolon seulonta vastasyntyneillä.

Toisinaan seulonnan arviointi osoittaa, ettei se ole kyllin hyödyllistä aloitettavaksi. Tiettyjen syöpäseulontojen vaikuttavuus on voitu osoittaa, mutta

kaikki syöpäseulonnat eivät välttämättä ole hyödyllisiä. Seulonnan hyötyjen ja haittojen tulee olla tasapainossa. Tutkimusasetelmassa vaikuttavaksi todetun seulonnan soveltaminen väestöseulonnaksi voi osoittautua vaikutuksiltaan odotuksia pienemmäksi. Seulontarekisterit ovat tärkeitä, jotta seulontojen toteutusta, niihin osallistumista ja ennen kaikkea vaikuttavuutta väestötasolla voidaan arvioida ja seurata.

Terveystarkastukset on otettu tähän raporttiin mukaan, koska seulontojen ja terveystarkastusten välinen raja on yleisessä keskustelussa häilyvä. Terveystarkastukset voivat sisältää seulontaelementtejä, mutta terveystarkastusten tavoite ei ole pelkästään sairauksien tai niiden esiasteiden löytäminen, vaan terveyden, hyvinvoinnin ja työkyvyn tukeminen. Lasten ja nuorten terveystarkastuksissa korostuu kasvun ja kehityksen seuranta ja tukeminen, aikuisilla terveyden ja toimintakyvyn edistäminen sekä työkyvyn tuki.

Seulonnat ovat arvokas osa väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä. Sosiaali- ja terveysministeriön seulontatyöryhmä toivoo, että nyt julkaistava katsaus seulontatoiminnan historiaan ja nykytilaan antaisi hyvän pohjan suomalaisen seulontaohjelman jatkuvalla arvioinnilla ja uudistamisella myös tulevaisuuden uudessa sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Asiasanat: ohjaus, seulonta, syöpä, tasa-arvo, toimeenpano, vaikuttavuus
--

SUMMARY

SCREENINGS IN FINLAND 2014

The present state of health care screenings and future prospects

The screenings to promote health have long traditions in Finland. Since 2003 the working group on screenings set up by the Ministry of Social Affairs and Health has evaluated the health care screening programmes being carried out, those proposed to be carried out and their methods.

According to the Health Care Act, local authorities must organise screenings in accordance with the national screening programme for the municipal residents. Those are listed in the Screenings Decree: screening for breast cancer for women aged 50 to 69 years at about two years' intervals, screening for cervical cancer for women aged 30 to 60 years at five years' intervals, and prenatal screenings for pregnant women. Prenatal screening comprises general ultrasound during early pregnancy, finding a risk of chromosomal abnormalities, and ultrasound for finding severe structural abnormalities.

The screenings are steered nationally by both standards and in a less binding form by information. Apart from the screenings prescribed by the Decree, the organisers of screenings can choose fairly independently both the screenings offered and how they are implemented. National steering has been increased in several countries in regard to the screening of individual diseases so as to ensure equality. A wide discussion in society about the objectives and effects of screenings provides a good basis for the steering.

Including a new screening test in the national screening programme demands a great deal of preparatory work. Public debate and an efficient support for the implementation further the acceptability of a screening and contribute to establishing uniform practices. Those also increase the participation activity of the target population. In the present report, the introduction of prenatal screenings is used as an example of preparing a new screening and embedding it in practice in Finland.

A screening should produce enough health benefits to be justified from the perspective of public health. Therefore there must be a good understanding of the benefits, costs and societal impacts of a screening until a decision is made to start a new screening programme. Many screenings have been started on the initiative of health care professionals without particular steering. In Finland the effectiveness of statutory screenings has also been assessed afterwards. Sometimes the evaluation of a screening shows that it is not useful enough to be started. The present report deals with the following screenings evaluated by the working group on screenings: infection screening in early pregnancy, streptococci screening during pregnancy, screening for metabolic disorders in newborn infants, screening for aorta-aneurysma, and newborn hearing screening.

The effectiveness of certain cancer screenings has been proved, but all cancer screenings are not necessarily useful. There must be a balance between the advantages and disadvantages of a screening. The application of a screening test that has proved effective in a research design in a population screening programme may prove less effective than was expected. The screening registers are important in view of evaluating and monitoring the implementation of the screenings, participation in them and above all their effectiveness at the population level.

Health examinations are included in the report since screenings and health examinations are not distinguished very clearly in public debate. Health examinations may include elements of screening but the aim of health examinations is not only to find diseases and precursors to them but also to support people's health, wellbeing and work ability. In health examinations of children and adolescents the focus is on monitoring and supporting their health and development, and as regards adults on promoting their health, functional capacity and work ability.

We hope that the information and experiences conveyed by the report will be of benefit when planning screenings, their steering and quality monitoring in the future.

Keywords: cancer, effectiveness, equality, implementation, screening, steering
--

INLEDNING

Syftet med den här publikationen är att beskriva hur screeningundersökningarna har ordnats i Finland 2014 och hur systemet i fråga har valts. Samtidigt diskuteras också framtiden för styrningen av screeningarna efter social- och hälsovårdsreformen. Hälsoundersökningarna har inkluderats i publikationen eftersom gränsen mellan screening och hälsoundersökningar är svävande i den allmänna diskussionen.

Publikationen har utarbetats av en screeningarbetsgrupp som tillsatts av social- och hälsovårdsministeriet. Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte arbetsgruppen för perioderna 16.10.2003–31.12.2006, 1.1.2007–31.12.2007, 1.9.2008–31.12.2010 och 1.1.2011–30.6.2015, med uppgift att bedöma pågående screeningprogram inom hälso- och sjukvården och deras metoder samt föreslå screeningundersökningar och deras metoder. Arbetsgruppen har arbetat med att styra hälsopolitiken, men inte som en heltäckande expert på screening. Ett allmänt mål för arbetsgruppens verksamhet har varit att screeningprogrammen i Finland är ändamålsenliga med beaktande av sjukfrekvensen samt hälso- och sjukvårdens resurser.

Screeningarbetsgruppen har fokuserat sitt arbete på de screeningprogram som har ett klart och tydligt mål – att förbättra sjukdomsprognosen. Det är också viktigt att diskutera värderingarna kring screeningundersökningarna och deras kriterier. Denna diskussion kan inte föras endast inom screeningarbetsgruppen. Även om screeningen verkar vara befogad kan många vara av en annan åsikt om det berättigade i screeningen. Screeningundersökningarna medför ofrånkomligen också nackdelar; hur stora och betydelsefulla nackdelarna är för individen och samhället kan variera mycket. Alla dessa faktorer måste beaktas när man fattar beslut om de screeningprogram som erbjuds inom ramen för den offentliga hälso- och sjukvården och programmens innehåll.

INNEHÅLL

Sammandrag.....	3
Tiivistelmä	5
Summary	7
INLEDNING	9
1 FRÅN LUNGSOT TILL GENETISK SCREENING: SCREENINGENS HISTORIA OCH PRINCIPER I FINLAND	13
2 STYRNING OCH ORDNANDE AV SCREENING	17
2.1 Screening enligt förordningen om screening.....	17
2.2 Ordnan­de av screening.....	17
2.3 Screeningprogram och screeningprocess.....	18
2.4 Tillsyn och styrning	20
2.5 Kostnader för och ekonomisk utvärdering av screening	21
2.6 Användning av strålning i screeningar och hälsoundersökningar	22
3 BEREDNING OCH VERKSTÄLLANDE AV EN NY SCREENING – SOM EXEMPEL FOSTERSCREENING	24
3.1 Utveckling av metoderna för fosterscreening.....	25
3.2 Dialog om information och värderingar.....	26
3.3 Fungerande praxis.....	27
3.4 Stöd och uppföljning som garanti för kvaliteten.....	29
3.5 Jämlikhet och etiska frågor	31
3.6 Screeningens verkställande fortsätter	32
4 UTVÄRDERING AV SCREENINGARNA OCH BESLUT OM DEM	33
4.1 Infektionsscreening under tidig graviditet.....	34
4.2 Streptokockscreening under graviditet	34
4.3 Screening för ämnesomsättningssjukdomar hos nyfödda	35
4.4 Hörselscreening på nyfödda.....	37
4.5 Screening för aortaaneurysm	37
4.6 Till slut	38
5 CANCERSCREENINGAR.....	39
5.1 Screening enligt förordningen om screening.....	40
5.2 Screening för cancer i livmoderhalsen	40
5.3 Screening för bröstcancer	41

5.4	Screening för tarmcancer	42
5.5	Screening för prostatacancer.....	42
5.6	Screening för lungcancer	43
5.7	Övriga cancerscreeningar.....	44
5.8	Sammanfattning	44
6	HÄLSOUNDERSÖKNINGAR	45
6.1	Varför görs hälsoundersökningar av barn, ungdomar och familjer?.....	47
6.2	Varför görs hälsoundersökningar inom företagshälsovården?.....	49
6.3	Olika typer av hälsoundersökningar inom företagshälsovården.....	50
6.4	Innehållet i hälsoundersökningarna inom företagshälsovården	51
6.5	Hälsoundersökning av invandrare	52
6.6	Hälsoundersökning av arbetslösa.....	53
6.7	Övriga hälsoundersökningar	53
6.8	Screening för folksjukdomar vid hälsoundersökningar	53
6.9	Diskussion av hälsoundersökningarnas fördelar och effekt	54
6.10	Utvecklingsförslag.....	56
7	SLUTORD.....	57
	FÖRORDNINGEN OM SCREENING	59
	LITTERATUR	62
	BILAGA 1.	65
	BILAGA 2.	68

I FRÅN LUNGSOT TILL GENETISK SCREENING: SCREENINGENS HISTORIA OCH PRINCIPER I FINLAND

Marjukka Mäkelä, Ilona Autti-Rämö

Screening innebär undersökning av befolkningen eller en befolkningsgrupp i syfte att konstatera en viss sjukdom eller dess förstadium. Screening utgör ett led i den förebyggande hälso- och sjukvården. Screeningprocessen omfattar fastställande av målgruppen, rådgivning och handledning av individer, provtagning och undersökning, återrapportering, hänvisning till fortsatta undersökningar samt ordnande av behövliga hälsovårdstjänster. Det nationella screeningprogrammet omfattar de screeningundersökningar som ingår i förordningen om screening. I vissa fall kan man leta efter flera sjukdomar med ett enda test och i samband med hälsoundersökningar gör man vanligtvis flera olika undersökningar av screeningtyp.

Finland har på många sätt varit en föregångare i fråga om att ordna och styra screeningundersökningar för befolkningen. Medicinalstyrelsen gav riksfattande anvisningar baserade på expertutlåtanden angående olika typer av funktioner med anknytning till hälsa och sjukdom. Lungsot eller tuberkulos var den första sjukdomen som omfattades av screeningen. Den lyckades man så småningom utrota i hela landet tack vare ett heltäckande vårdssystem, utvecklad läkemedelsbehandling och screening.

I uppföljningen under graviditeten har traditionellt ingått många olika typer av screening, bland annat för smittsamma sjukdomar. På 1950-talet inleddes den lagstadgade screeningen för syfilis bland gravida kvinnor. Screening för HIV och hepatit B inleddes 1990 utan författningsstyrning tills alla tre infektioner omfattades av screeningen genom en förordning 2004.

Cancerscreeningen inleddes på 1960-talet under ledning av medicinalstyrelsen. På 1960-talet inledde cancerorganisationerna ett försök med screening för livmoderhalscancer. Verksamheten utvidgades sedan till att omfatta hela landet. Screening för bröstcancer inleddes i slutet av 1980-talet med ett försök som gjorde det möjligt att analysera screeningens effekt. Hälsoeffekterna av screeningen för bröst- och livmoderhalscancer ansågs vara avsevärda och screeningen överfördes på kommunernas ansvar och omfattades av lagstiftningen i början av 1990-talet.

Medicinalstyrelsens verksamhet överfördes först till Social- och hälsovårdsstyrelsen som grundades 1991 och därefter till Stakes (Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården). De politiska riktlinjerna under 1990-talet stödde sig på kunskapsledning i stället för författnings- och normstyrning. Således hade normstyrningen av screeningen inget egentligt säte under mer än tio år.

Kommunernas omfattande självbestämmanderätt i fråga om utbudet av hälso- och sjukvårdstjänster ledde till en situation där screeningprogrammen varierade från en kommun till en annan. Särskilt med tanke på bröstcancern började vissa kommuner utvidga screeningen till att omfatta både äldre och yngre åldersgrupper än de 50–59-åringar som lagen föreskrev. I en del kommuner erbjöds också andra screeningundersökningar. Social- och hälsovårdsministeriet (SHM) övervägde olika sätt att göra utbudet av screeningundersökningar jämlikt. År 2000 bad SHM enheten för utvärdering av medicinsk metodik (Finohta) vid Stakes om en bedömning av kostnadseffektiviteten med tanke på möjligheten att utvidga bröstcancer-screeningen till att omfatta också kvinnor i åldern 60–69 år. Ur samhällets synvinkel konstaterades effekten bland äldre åldersgrupper vara lika god som bland yngre.

En omfattande offentlig debatt fördes utifrån bedömningen och SHM fattade beslutet att utvidga bröstcancer-screeningen med början 2007. Vid samma tid diskuterades också möjligheten att utvidga screeningen för metabola sjukdomar hos nyfödda till nya sjukdomsgrupper samt styrningen av screeningen för anatomiska missbildningar och kromosomavvikelser hos fostret. Man diskuterade också om styrningen av screeningen kunde göras utan lagstiftning, så att förändringar i kunskapsunderlaget eller metoderna skulle kunna beaktas på ett flexibelt sätt. Till slut fattades beslutet att utfärda bestämmelserna om screeningundersökningar genom förordning.

I oktober 2003 tillsatte social- och hälsovårdsministeriet en arbetsgrupp med uppgift att utvärdera screeningen. I arbetsgruppen ingick representanter för bland annat Kommunförbundet, Cancerregistret, Massundersökningsregistret och Strålsäkerhetscentralen samt Folkpensionsanstalten (FPA) och Stakes. Motsvarande centraliserad styrning användes i vissa länder, såsom i Nederländerna och USA. Arbetssättet i Finland baserades särskilt på verksamheten inom den brittiska nationella screeninggruppen.

Screeningarbetsgruppen fastställde till en början kriterierna för bedömning av screeningen, vilka grundade sig på de tio principerna för screening som WHO lade fram 1968. Wilsons och Jungners kriterier kompletterades med ytterligare kriterier som utarbetats av det etiska rådet i Danmark (Tabell 1). Kriterierna testades och den inbördes ordningen ändrades så att den blev mer logisk med tanke på bedömningen när arbetsgruppen övervägde att införa screening för tarmcancer 2003.

Påståendena i kriterierna är mycket olika varandra. På många av påståendena kan man hitta ett tillförlitligt, evidensbaserat svar, medan andra endast ger indirekt information exempelvis med hjälp av modeller. Kriteriernas betydelse varierar beroende på den sjukdom som screeningen gäller och situationen. När man överväger att inleda screening är det viktigaste att slå fast hälsomålen och utreda vilka bevis man redan har för varje kriterium och vilken tilläggsinformation det är möjligt att få exempelvis genom en pilotundersökning.

Screeningarbetsgruppen har gjort upp en lista över screeningar, undersökningar av screeningtyp och undersökningar som föreslås bli screeningar. De screeningar som ska bedömas har delats in i fem grupper: screening under graviditeten, screening av barn och ungdomar, screening av personer i arbetsför ålder, cancerscreening och andra. Mer än 60 sjukdomar eller hälsoproblem har samlats på en lista över potentiella mål för screening, men endast några av dessa har behandlats grundligt. Till genetisk screening har man exempelvis ännu inte tagit ställning över huvud taget. I varje grupp har man bedömt vilka av de nya sjukdomarna som det är viktigast att ta med i screeningprogrammet. Bedömningarna har ibland tangerat det arbete som utförts av till exempel arbetsgruppen för barnrådgivning eller arbetsgruppen för smittsamma sjukdomar. Utifrån screeningarbetsgruppens ställningstagande kan SHM fatta beslut om att det inte är motiverat att inleda screening, eller inleda screening genom förordning av statsrådet eller med ett kommunbrev. Man förbereder besluten med information och öppen medborgardebatt.

Kriterierna för bedömning har hjälpt till att identifiera problempunkter i screeningarna och framhävt brister i den tillgängliga informationen. Även lindriga nackdelar med screeningprogrammet har beaktats i bedömningen av effekten och kommunikationen med befolkningen. Alla de screeningar som bedömts har inte inletts, även om kostnadseffektiviteten skulle ha varit skälig i relation till annan verksamhet inom hälso- och sjukvården. Ingen pågående screening har heller avslutats eller begränsats.

Gränsen mellan screening och hälsoundersökning är svårdefinierad och ofta glidande. Den ena ytterligheten är screening som är fokuserad på att hitta en enda sjukdom, såsom cancerscreeningen. Med hjälp av vissa etablerade undersökningar av screeningtyp, såsom att följa upp barnens längd och vikt, kan man identifiera många olika sjukdomar. Inom hälso- och sjukvården vidtas också åtgärder av screeningtyp som identifierar problem vilkas behandling skulle kräva omfattande förändringar av hälso- och sjukvårdssystemet. Ett exempel är screening för depression under graviditeten, som har genomförts på försök i vissa kommuner, men avslutats eftersom antalet misstänkta fall varit mycket större än möjligheterna att erbjuda vård.

Tack vare screeningarbetsgruppen har den nationella styrningen av screeningen fungerat väl och man har förhållit sig seriöst till den. Aktörer som

har föreslagit screeningar har fått vänta till och med flera år på arbetsgruppens ställningstagande. Så kallad vild screening har knappast alls använts, medan screening enligt förordning genomförs i relativt stor omfattning. Det finns fortfarande behov av nationell styrning av screeningen och styrningen kan motiveras med att den säkerställer både jämlikhet och en meningsfull användning av de begränsade resurserna. I framtiden betonas vikten av att ordna kontinuerlig kvalitetssäkring av pågående screeningprogram, vilket för närvarande är fallet endast i fråga om cancerscreeningen. Exempelvis saknas screeningregister för alla typer av screening utom för cancerscreeningen, vilket gör det omöjligt att genomföra kvalitetssäkring och nationell uppföljning.

Tabell 1. Screeningarbetsgruppens kriterier för bedömning. Siffrorna inom parentes anger de ursprungliga kriterierna som utarbetats av WHO och det etiska rådet i Danmark (D).

1. Den sjukdom som screeningen gäller är av stor betydelse för både individen och samhället. (WHO1)
2. Genom screening kan sjukdomen observeras i ett tidigare stadium än den annars skulle upptäckas. (WHO4)
3. Det naturliga sjukdomsförloppet är välkänt. (WHO7)
4. Det finns en ändamålsenlig screeningmetod för sjukdomen (WHO5), för vilken man känner till lämpligheten för screening (D11a), känsligheten och specificiteten (D11b) samt screeningresultatens prognosvärde, det vill säga betydelsen av falska positiva och negativa testresultat (D11c).
5. Befolkningen accepterar både de metoder som används för screeningen och sjukdomsverifieringen. (WHO6)
6. Innan screeningen inleds har man bedömt (D12) den eventuella stigmatiserande effekten (D12b) samt den psykologiska och etiska betydelsen för den som screeningen gäller (D12a) av ett falskt positivt och falskt negativt screeningfynd.
7. Det finns tydliga riktlinjer för vilka som ska vårdas som patienter. (WHO8)
8. Det finns en verkningsfull, godkänd behandling för sjukdomen. (WHO2)
9. Det är möjligt att utföra de undersökningar som behövs för att fastställa sjukdomen och det är möjligt att behandla sjukdomen. (WHO3)
10. Organiseringen av screeningen har klarlagts i detalj (D14), särskilt screeningens nationella och regionala nivå (D14a), kvalitetsledningen och registreringen av resultaten (D14b,c), screeningbroshyren och informationen till befolkningen (D14e), patienternas plats i organisationen (triage) (D14d), personalens utbildning (D14f) samt information och rådgivning om testresultaten. (D14g).
11. Undersöknings- och vårdkostnaderna till följd av screeningen har beskrivits. (WHO9)
12. Screeningens effekt har bedömts. (D13)
13. Screening är fortlöpande. (WHO10)
14. De totala kostnaderna för screeningen är skäliga i jämförelse med de övriga hälso- och sjukvårdstjänsterna. (WHO9)

2 STYRNING OCH ORDNANDE AV SCREENING

Marjukka Mäkelä, Päivi Koivuranta-Vaara, Ritva Bly,
Kirsi Ruuhonen, Taru Haula, Neill Booth , Ulla Saalasti-Koskinen

Screeningen styrs på nationell nivå med hjälp av både normstyrning och mindre bindande kunskapsledning. Utanför den screening som fastställs genom förordning kan de aktörer som ordnar screening relativt självständigt välja vilka screeningundersökningar som erbjuds och hur de genomförs. I många länder har man så småningom ökat den nationella styrningen av screening som gäller enskilda sjukdomar i syfte att skapa jämlikhet. En omfattande samhällsdebatt om screeningens mål och effekter utgör en bra grund för styrningen.

2.1 SCREENING ENLIGT FÖRORDNINGEN OM SCREENING

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska en kommun ordna screeningar inom sitt område i enlighet med det nationella screeningprogrammet. Screeningarna finns samlade i förordningen om screening: bröstcancerscreening för kvinnor i åldern 50–69 år med cirka två års intervaller, screening i syfte att förebygga cancer i livmoderhalsen hos kvinnor i åldern 30–60 år med fem års intervaller och fosterscreeningar för gravida. I fosterscreeningen ingår en allmän ultraljudsundersökning under tidig graviditet, utredning av risken för kromosomavvikelse och ultraljudsundersökning för att utreda grava anatomiska avvikelser. Kromosomavvikelse utreds genom kombinerad screening under tidig graviditet (blodprov och mätning av nackuppklarning med ultraljudsundersökning) eller alternativt genom serumscreening under andra trimestern. Grava anatomiska avvikelser utreds med ultraljudsundersökning mitt under graviditeten.

2.2 ORDNANDE AV SCREENING

Screeningen är en del av främjandet av hälsa och välfärd i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen. Kommunerna kan också erbjuda sina invånare andra

screeningar än de som nämns i förordningen. Kommuner som hör till samma sjukvårdsdistrikt gör upp en plan för ordnande av hälso- och sjukvård, i vilken man kommer överens om ordnandet av primärvårdens tjänster inklusive screeningar. Kommunerna och samkommunerna kan samarbeta sinsemellan och med sjukvårdsdistrikten angående anskaffning och genomförande av screeningtjänsterna. I planerna för ordnande ska man fästa uppmärksamhet vid att såväl utbudet som kvaliteten är enhetliga och heltäckande i fråga om både screening enligt förordningen och andra eventuella screeningundersökningar.

Enligt lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården kan en kommun ordna de uppgifter som hör till social- och hälsovården genom att sköta verksamheten själv eller genom att anskaffa service från staten, en annan kommun, en samkommun eller någon annan offentlig (bl.a. sjukvårdsdistriktet) eller privat serviceproducent. Numera har verksamheten till största delen utkontrakterats särskilt i fråga om cancerscreeningen. Kommunen har ansvaret för screeningen i sin helhet och dess kvalitet oberoende av hur screeningundersökningarna ordnas.

Social- och hälsovårdsministeriets (SHM) screeningarbetsgrupp har 2013 utarbetat en handbok för upphandling av cancerscreening, som är tillgänglig på finska på Kommunförbundets webbplats. I handboken finns information om bestämmelser som gäller screening och upphandling samt förslag till kvalitetskriterier för screeningen som stöd för den praktiska verksamheten.

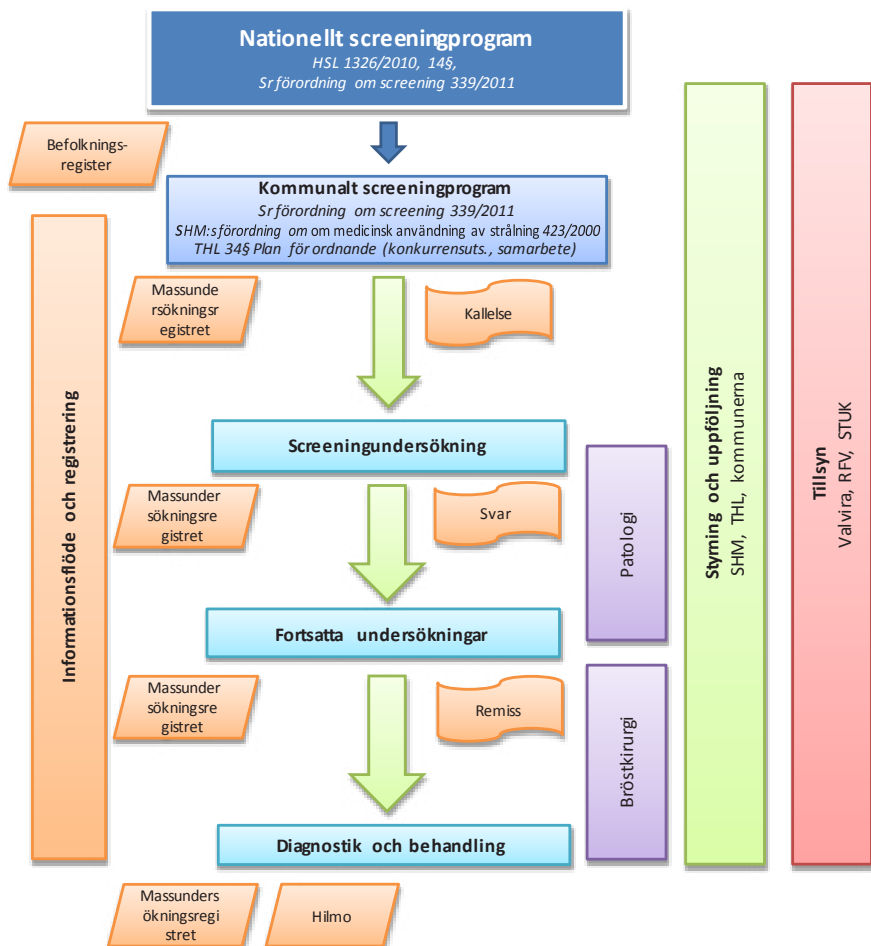
2.3 SCREENINGPROGRAM OCH SCREENINGPROCESS

Enligt den gällande förordningen om screening ska kommunen årligen göra upp ett screeningprogram på förhand. Nedan beskrivs som exempel ett screeningprogram för bröstcancer med detaljerade anvisningar, som kan användas som mall för övriga screeningprogram. Det är viktigt att diskutera om det i framtiden blir nödvändigt att definiera en nationell instans som på förhand kontrollerar alla kommuners screeningprogram.

I förordningen om screening ingår de minimikrav som ställs på bröstcancerscreeningen. Strålsäkerhetscentralen har gett en anvisning om de krav på kvalitetssäkring som gäller strålsäkerheten vid mammografiundersökningar. I SHM:s förordning om medicinsk användning av strålning fastställs att ett utarbetat program för bröstcancerscreening ska företes Strålsäkerhetscentralen (STUK) för granskning innan screeningen inleds. I programmet ska ingå

1. avsikten med screeningen och de befolkningsgrupper den gäller,
2. den som genomför programmet och screeningens regionala omfattning,
3. screeningmetodens lämplighet,

4. den radiologiska utrustning som används vid screeningen och dess lämplighet,
5. vilka som vidtar åtgärderna som medför exponering för strålning och deras utbildning,
6. de läkare som tolkar resultaten av screeningsundersökningen, ger utlåtanden om den och ansvarar för bekräftande undersökningar,
7. kvalitetssäkringsprogrammet,
8. övervakningen av utrustningens funktionsduglighet och prestanda,
9. en plan för genomförande av klinisk auditering,
10. registrering och rapportering av uppgifter och resultat som gäller screeningen.



Figur 1. Processen för cancerscreening

Screeningprocessen (Figur 1) är en kedja som består av flera åtgärder, som genomförs i samarbete mellan många aktörer. Enligt förordningen om screening omfattar screeningprocessen

- fastställande av målgruppen,
- rådgivning och handledning av individer,
- bild- eller provtagning och analys,
- information om screeningresultatet samt
- hänvisning till fortsatta undersökningar och ordnande av behövliga hälso- och sjukvårdstjänster.

Kvalitetskraven omspannar hela processen från att personerna plockas fram ur befolkningen till att de hänvisas vård vid diagnostiserad sjukdom, vårdens ger resultat och uppgifterna registreras.

Kommunen ansvarar för screeningen i sin helhet. Screeningprogrammet ska innefatta ändamålsenliga förfaranden för kvalitetsledning och kvalitetssäkring, med vilka man kontinuerligt och regelbundet kan utvärdera hela screeningprocessens kvalitet och screeningtesternas tillförlitlighet. Kvalitetskraven gäller både den egna verksamheten och eventuell utkontrakterad verksamhet. God teknisk kvalitet och kompetent personal är väsentliga vid screening, men de är inte i sig tillräckliga förutsättningar för screeningens effekt. Inom kommunen ska en ansvarig person utses för varje screening, för att den totala kvaliteten på processen i fråga ska kunna säkerställas.

Samlandet av uppgifter om screeningen i ett register möjliggör en bedömning av effekten och utgör också en del av kvalitetsuppföljningen. I Cancerregistrets massundersökningsregister finns uppgifter om cancerscreeningar sedan 1960-talet samlade. Det finns inget motsvarande nationellt register för fosterscreeningarna. SHM:s sakkunniggrupp för screening av avvikelser hos foster föreslog 2009 att ett nationellt register skulle inrättas som en del av THL:s födelseregister. Tills vidare har man ändå inte lyckats hitta de resurser som behövs för beredningen av registret. Den lokala uppföljningen av kvaliteten på fosterscreeningarna försvåras av att uppgifter om en nyfödd på grund av datasekretessen inte alltid kan skickas direkt till screeningenheten (moderskapspolikliniken). Detta och avsaknaden av ett nationellt register för fosterscreeningar gör att det i praktiken är omöjligt att genomföra kvalitetssäkring av fosterscreeningarna.

2.4 TILLSYN OCH STYRNING

Regionförvaltningsverken styr och övervakar folkhälsoarbetet inom sitt verksamhetsområde, inklusive screeningarna. Tillstånds- och tillsynsverket för

social- och hälsovården (Valvira) styr regionförvaltningsverkens verksamhet och övervakar folkhälsoarbetet särskilt när det är fråga om principiellt viktiga och vittsyftande ärenden. Även tillsynen över den privata hälso- och sjukvården hör till regionförvaltningsverkens och Valviras uppgifter. Således ansvarar dessa myndigheter för tillsynen över både den kommun som har ansvaret för att ordna screeningen och de privata aktörer som genomför screeningundersökningarna.

Sakkunniginrättningar är bland annat Institutet för hälsa och välfärd (THL) samt STUK. THL ska i samråd med andra aktörer inom branschen följa och utvärdera pågående screeningprogram och de metoder som används inom programmen. Finohta som verkar inom THL producerar utvärderingsrapporter som stöd för SHM:s beslutsfattande. I rapporterna bedöms bland annat screeningens effekt, kostnadseffekten samt etiska och organisatoriska faktorer. Finohta stöder också kommunernas arbete med att genomföra screeningarna bland annat genom att producera stödmaterial med anknytning till screeningarna. STUK övervakar att strålningen används på ett säkert sätt och ger anvisningar för strålskydd.

Enligt förordningen om riksomfattande personregister för hälsovården ska hälsovårdsmyndigheterna och inrättningarna skicka uppgifter om kallelser och undersökningar i anslutning till cancerscreeningarna till THL:s cancerregister, vars tekniska underhåll sköts av Cancerföreningen i Finland. Massundersökningsregistret, som är en del av Finlands Cancerregister, följer upp och utvärderar cancerscreeningar på riksnivå i Finland. Massundersökningsregistret samlar in screeninguppgifter på individnivå från hela Finland, för riksomfattande screeningstatistik samt följer processerna för cancerscreening och den vetenskapliga forskningen inom branschen.

Utvärderingen av processen för cancerscreening grundar sig i sista hand på att mäta effekten (cancerdödligheten och cancerincidensen). För utvärderingen samlar massundersökningsregistret också in uppgifter om nya cancerfall och cancerdödsfall bland målbefolkningen för screeningen. Effekterna av andra screeningar än cancerscreeningarna följs inte upp systematiskt i Finland.

2.5 KOSTNADER FÖR OCH EKONOMISK UTVÄRDERING AV SCREENING

Enligt screeningarbetsgruppens kriterier för utvärdering är det viktigt att beskriva de undersöknings- och vårdkostnader som orsakas av ett nytt screeningprogram. De totala kostnaderna ska vara skäliga jämfört med övriga hälso- och sjukvårdstjänster (Tabell 1, punkt 11 och 14). En ekonomisk utvärdering jämför de alternativa metodernas hälsomässiga och kostnadsrelaterade effekter. Den ekonomiska lönsamheten påverkas av bland annat

omfattningen, mätningen och värderingen av de nytto- och kostnadseffekter som granskas. Ur ett brett perspektiv granskas screeningen som en diagnostiserings- och vårdprocess som börjar med en kallelse och slutar med de slutliga hälsomässiga resultaten.

För beslutsfattandet behövs användbar information om screeningens kostnader och effekter, som är anpassad till de finländska förhållandena. Det är ofta svårt att snabbt få fram information särskilt om nya screening-metoder, vilket leder till att man får förlita sig på antaganden. Utvärderingen av screeningens ekonomiska lönsamhet är förknippad med många viktiga faktorer, bland annat med anknytning till utvärderingens perspektiv och den granskade periodens längd, som det är viktigt att beakta när man tolkar resultaten av den ekonomiska utvärderingen och dess tillämpning på beslutsfattandet. Screeningarbetsgruppen har i sitt arbete också använt hälso-ekonomisk expertis.

2.6 ANVÄNDNING AV STRÅLNING I SCREENINGAR OCH HÄLSOUNDERSÖKNINGAR

Röntgenavbildningar och andra undersökningar som använder strålning ingår i flera screeningar och hälsoundersökningar. Då utsätts symptomfria personer för strålning. Fördelarna av undersökningen ska vara större än de nackdelar eller ytterligare risker som den orsakar. Bedömningen av om strålningsexponeringen är berättigad ska göras på förhand och motiveras. När en hälsoundersökning kräver en åtgärd som utsätter den undersökta personen för strålning, ska den läkare som ger remissen bedöma om åtgärden är berättigad. Indikationen för undersökning ska framgå tydligt av remissen. Åtgärder som utsätter en person för strålning ska inte göras upprepade gånger och rutinmässigt utan att bedöma behovet, eftersom det strider mot principen om berättigande.

Man deltar i screening inom ramen för screeningprogrammet med en kallelse, inte med remiss. För närvarande är mammografi för tidigt konstaterande av bröstcancer den enda åtgärden i det nationella screeningprogrammet som utsätter den undersökta personen för strålning. Mammografi eller annan röntgenundersökning i "screeningsyfte" får inte göras i samband med en hälsoundersökning på basis av remiss.

I förordningen om screening definieras vilka screeningar som ingår i det nationella screeningprogrammet. Om den som ordnar en screening vill utvidga målgruppen för screeningen eller erbjuda befolkningen annan screening, ska detta motiveras separat och en plan lämnas till THL för bedömning. Screeningens godkännas om den bedöms vara berättigad och

skapar större fördel för folkhälsan än den totala nackdelen med screeningen. Screeningprogrammet för en screening som utsätter en person för strålning ska företes STUK för granskning innan screeningen inleds. Regleringen ska enligt ett förslag ändras så att man för screeningar som utsätter en person för strålning, utöver dem som ingår i det nationella screeningprogrammet, måste skaffa ett utlåtande av STUK om användningen av strålning. Den som ordnar en screening ska i framtiden också lämna en bedömning av om exponeringen i samband med screeningen är berättigad till THL för granskning innan screeningen inleds. THL ska inom tre månader ge den som ordnar screeningen ett utlåtande om huruvida screeningen skapar en fördel för folkhälsan som är större än den totala nackdelen. Om screeningen inte betraktas som berättigad får den inte inledas.

3 BEREDNING OCH VERKSTÄLLANDE AV EN NY SCREENING – SOM EXEMPEL FOSTERSCREENING

Marjukka Mäkelä, Jaana Leipälä, Ulla Saalasti-Koskinen,
Ilona Autti-Rämö

Det kräver mycket förberedande arbete för att ta med en ny screening i det nationella screeningprogrammet. En offentlig debatt och effektivt stöd för verkställandet förbättrar screeningens acceptabilitet och lägger grunden till gemensam praxis. De ökar också målbefolkningens deltagaraktivitet.

Varje screening ska uppfylla de villkor som beskrivs i Tabell 1, för att användningen ska kunna motiveras. Screening- och diagnostikmetoderna samt de önskade hälsomässiga resultaten varierar emellertid mycket mellan olika screeningar. Den nationella styrningen behövs alltså, men den måste anpassas till varje enskild screening. I det här kapitlet beskrivs med hjälp av exempel de utmaningar som man kan möta när en ny screening ska inledas.

Innan författningsstyrningen infördes hade fosterscreeningar för anatomiska missbildningar och kromosomavvikelse gjorts på olika sätt i olika kommuner. En nationell arbetsgrupp för familjeplanering och mödravård hade gett en rekommendation i ärendet 1999, men praxis varierade. När screeningmetoderna dessutom utvecklades, ökade behovet av en mer bindande nationell styrning.

Screening för avvikelser hos fostret görs med hjälp av ultraljudsundersökning och blodprov på modern. Resultaten visar en del anatomiska missbildningar eller kromosomavvikelse hos fostret. Många av de avvikande fynden kräver att förlossningen sker på en enhet som är väl förberedd på att ta hand om barnet. Ett mål för screeningen är också god vård under graviditeten och förlossningen för att trygga barnets hälsa.

Med screeningar kan man också identifiera avvikelser som orsakar en så svår skada att den inte kan behandlas. Då ger informationen från screeningen modern möjlighet att överväga och fatta beslut om att fortsätta graviditeten eller avbryta den. Alla avvikelser kan ändå inte identifieras med hjälp av screening: endast en del hjärtfel upptäcks, men nästan alla svåra missbildningar i hjärnan kan konstateras med ultraljudsundersökningar.

3.1 UTVECKLING AV METODERNA FÖR FOSTERSCREENING

Fosterscreeningen inleddes i Finland på 1970-talet, när man lärde sig identifiera kromosomavvikelser, bland annat Downs syndrom, med hjälp av ett fostervattenprov under tidig graviditet (taget graviditetsvecka 14–15). På 1980-talet började man upptäcka kromosomavvikelser tidigare med hjälp av moderkaksprov under graviditetsvecka 11–12. Båda åtgärderna förknippas med en risk för missfall, som är lika stor för foster med kromosomavvikelser och friska foster. Screening erbjöds först äldre gravida kvinnor, eftersom risken för avvikelser ökar med moderns ålder. Åldersgränsen fastställdes separat i varje kommun och den varierade mellan 35 och 40 år.

Ultraljudsundersökningar användes till en början för att utreda fostrens storlek och antal och moderkakans placering, så att man kunde ta ställning till förlossningssättet och tidpunkten. Metoderna utvecklades och på 1990-talet kunde man identifiera en ökad risk för kromosomavvikelse redan under tidig graviditet, så att invasiva ingrepp kunde begränsas till graviditeter som överskred riskgränsen. Det blev också lättare att upptäcka missbildningar under graviditeten. Kromosomavvikelser konstaterades i början av 2000-talet hos i genomsnitt 0,6 procent och avsevärda missbildningar hos 2–3 procent av de nyfödda.

Vid millennieskiftet ökade antalet äldre föderskor ytterligare och gravida kvinnors möjlighet att få information om olika screeningmetoder förbättrades. Det brokiga utbudet av screeningförfaranden i olika kommuner ledde till att Finlands gynekologförening begärde en utvärdering av screeningen för avvikelser hos fostret. Finohita publicerade 2005 en rapport om ämnet och i samband med den debatterades fosterscreeningen livligt i offentligheten.

Med ultraljudsundersökningen under tidig graviditet säkerställer man att fostret lever, kontrollerar antalet foster och beräknar graviditetens längd. Vissa grava anatomiska missbildningar, såsom avsaknad av hjärna, kan synas redan i det här skedet, även om det primära syftet inte är att leta efter dessa problem. Om föräldrarna önskar en screening av kromosomavvikelser hos fostret mäter man nackuppkällningen i samband med ultraljudsundersökningen under tidig graviditet. Mätningen av nackuppkällningen ska diskuteras innan den görs.

Screening av kromosomavvikelser görs med hjälp av mätningen av nackuppkällningen och halterna av två spårsubstanser som mäts i moderns serumprov, genom att dessa ställs i relation till moderns ålder och graviditetens längd. På så sätt får man ett risktal, som anger sannolikheten för att fostret har en kromosomavvikelse. Hos cirka fem kvinnor av hundra är resultatet av den här kombinerade screeningen avvikande, det vill säga sannolikheten för att fostret har Downs syndrom är större än 1:250. Om den kombinerade

screeningen inte har gjorts i tid kan sannolikheten för en kromosomavvikelse utredas genom en serumscreening som görs några veckor senare. Enbart serumscreeningen är inte lika känslig och noggrann som den kombinerade screeningen.

Den kombinerade screeningen eller serumscreeningen visar inte med absolut säkerhet om fostret har en kromosomavvikelse. Metoden kan både orsaka ogrundad misstanke om en avvikelse och misslyckas med att identifiera en verklig avvikelse. Om modern så önskar leder informationen om en ökad risk för kromosomavvikelse till ytterligare undersökningar, det vill säga moderkaks- eller fostervattenprov för analys av fostrets kromosomer.

Mitt under graviditeten kan man identifiera grava anatomiska missbildningar med en strukturell ultraljudsundersökning. Då är det möjligt att göra nödvändiga fortsatta undersökningar, bedöma fostrets prognos och diskutera alternativen med modern. Abort på grund av fosterskada kan göras före slutet av graviditetsvecka 24. En kvinna kan också välja att göra en strukturell ultraljudsundersökning senare, under graviditetsvecka 24–28, när abort inte längre är möjlig. Då är syftet med undersökningen i första hand att identifiera vilka avvikelser det är fråga om och avgöra om barnets prognos kan förbättras genom att hänvisa uppföljningen av graviditeten och förlossningen till ett välutrustat sjukhus.

3.2 DIALOG OM INFORMATION OCH VÄRDERINGAR

Utvärderingsrapporten om fosterscreeningar lade grunden till att screeningen för avvikelser hos fostret inkluderades i förordningen om screening. I rapporten presenterades de olika screeningmetodernas effekter och risker och etiska frågor med anknytning till den här screeningen diskuterades. Med nya metoder kunde man identifiera många hälsoproblem som hade väldigt olika följder för fostret och den gravida kvinnan (Tabell 2). Innan rapporten var färdig ordnade SHM en offentlig diskussion där man behandlade screeningens alternativ, information om dessa, valfrihet, frågor om abort på grund av avvikelser hos fostret samt hur screeningarna organiseras på nationell nivå.

Tabell 2. Avvikelse som kan upptäckas med ultraljudsundersökning, risker som de medför och möjliga åtgärder

Avvikelse	Risk	Möjliga åtgärder
Flerbarnsbörd	För tidig förlossning	Vila och planering av förlossningssätt
Föreliggande moderkaka	Risk för blödning, förlossningshinder	Planerat kejsarsnitt
Vissa kromosomavvikelse	Intrauterin fosterdöd	Tät uppföljning; abort
Störning i urinrörets utveckling	Njurskada	Fosterkirurgi
Avsaknad av hjärna	Neonatal död	Abort
Svåra hjärtfel	Spädbarnsdöd	Hjärtoperation omedelbart efter förlossningen

På basis av rapporten och den offentliga debatten om fosterscreeningarna samt expertutlåtanden konstaterade man vid social- och hälsovårdsministeriet att det var nödvändigt att standardisera screeningförfarandena. Detta genomfördes med hjälp av förordningen om screening, till vilken man också överförde bestämmelser om screening för bröst- och livmoderhalscancer.

Den offentliga debatten om screeningförfarandena förde fram en mängd olika synpunkter. Såväl anhängare av som motståndare till screeningen sade sin åsikt. Kvinnor som upplevt abort – både kvinnor som ångrade sitt beslut och kvinnor som var nöjda med det – och yrkesutbildade personer som genomför screeningar och aborter i sitt arbete lade fram viktiga tankar. Man var överens om att tillräcklig information på förhand om screeningens mål och frivilligt deltagande i screeningen är viktiga faktorer. Numera är det möjligt att välja tidpunkten för screeningen så att en konstaterad avvikelse kan beaktas vid förlossningen, medan abort inte längre är ett alternativ.

Som stöd för lagstiftningen bereddes ett omfattande informationsmaterial för både familjer som väntar barn och personer som genomför screeningar. Många yrkesutbildade personer som genomför screeningar i praktiken deltog i arbetet. Yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården fick också utbildning i att samtala med gravida kvinnor i olika screeningsituationer. Den offentliga debatten gav värdefulla tillägg till verkställandet av screeningen.

3.3 FUNGERANDE PRAXIS

Screeningprocessen inleds med att man identifierar en målgrupp; i fråga om fosterscreeningar sker detta vid rådgivningsbyråerna för mödravård. Blodprov tas i allmänhet på mödrarådgivningen, medan ultraljudsundersök-

ningen görs på moderskapspolikliniken eller någon annan screeningenhet, och vid behov görs fortsatta undersökningar vid ett universitetssjukhus, till vilket den gravida får remiss från screeningenheten.

Enhetliga och högklassiga screeningmetoder säkerställs genom att man koncentrerar screeningarna till tillräckligt stora enheter. En ultraljudsundersökning görs i allmänhet av en utbildad ultraljudsskötare. En god praxis är att skötaren har möjlighet att konsultera läkare genast om misstanke om en avvikelse väcks under ultraljudsundersökningen.

Det är viktigt att erbjuda värdeneutral och begriplig information om screeningarna, så att de som blivit kallade till screening kan fatta ett informerat beslut om sitt deltagande. Den som ansvarar för screeningen ska erbjuda information om fördelar och nackdelar med deltagandet i screeningen eller de fortsatta undersökningarna samt beskriva vad som händer under de olika skedena av screeningen. Det är absolut nödvändigt att ge klar och tydlig information i ett tillräckligt tidigt skede av graviditeten. De aktörer som genomför screeningen (rådgivningen, screeningenheten och enheten för fortsatta undersökningar) ska komma överens om att ge enhetlig information.

Informationsförmedlingen mellan aktörerna är också viktig. Informationsgången mellan aktörerna kan försvåras av att datasystemen inte är kompatibla och av praxis angående datasekretessen. Information om avvikande fynd borde överföras smidigt från rådgivningen till moderskapspolikliniken och tillbaka. Såväl moderskapspolikliniken som mödravårdsbyrån behöver information om förlossningssjukhuset. Informationsgången är också en del av kvalitetssäkringen, eftersom det födda barnets kondition anger slutresultatet av fosterscreeningen. Målet är ett elektroniskt patientdatasystem som täcker hela fosterscreeningen och som stöder en effektiv och aktuell informationsförmedling. Det nya elektroniska moderskapskortet ger också den gravida möjlighet att läsa och anteckna uppgifter.

Kommunen har ansvaret för att erbjuda sina invånare screening i enlighet med förordningen. Enligt den senaste utredningen genomför kommunerna fosterscreeningar i relativt stor omfattning (Tabell 3). År 2013 erbjöds dock screening för anatomiska missbildningar efter graviditetsvecka 24 endast i varannan kommun. Den övergångsperiod på tre år som förordningen om screening gav räckte alltså inte till för att verkställa förordningen, som trädde i kraft vid ingången av 2010 i alla avseenden.

Tabell 3. Fosterscreening som erbjöds i kommunerna 2007, 2009 och 2013.

Screening för avvikelser hos fostret	2007	2009	2013
Allmän ultraljudsundersökning under tidig graviditet	74 %	92 %	91 %
Kombinerad screening för kromosomavvikelser	58 %	87 %	99 %
Serumscreening mitt under graviditeten	10 %	62 %	64 %
Screening för anatomiska missbildningar i graviditetsvecka 18–21	77 %	88 %	97 %
Screening för anatomiska missbildningar efter graviditetsvecka 24	8 %	51 %	51 %

3.4 STÖD OCH UPPFÖLJNING SOM GARANTI FÖR KVALITETEN

Lagstiftning räcker inte till för införandet av det nya nationella screeningprogrammet, utan de aktörer som ansvarar för screeningarna behöver konkret stöd särskilt i regioner där man tidigare inte ordnat någon screening över huvud taget. De olika stadierna under verkställandet av fosterscreeningarna finns samlade i Tabell 4.

Som stöd för verkställandet av dessa screeningar planerade Finohta utbildning och information tillsammans med en sakkunniggrupp. En allmän handbok om fosterscreening utarbetades för alla gravida och en separat handbok om fortsatta undersökningar gjordes för dem som kallats till undersökningarna. För den yrkesutbildade personalen inom fosterscreeningen ordnades instruktörsutbildning och ett utbildningspaket delades ut för utbildning på lokal nivå. En interaktiv handbok erbjöd de anställda råd i frågor angående hur man berättar för gravida kvinnor om fosterscreeningarna och resultaten av dem. Arbetet stöddes också med riskkort som kan användas till att åskådliggöra risken för kromosomavvikelse hos kvinnor av olika åldrar. Allt material samlades på en webbplats där det är tillgängligt avgiftsfritt (www.thl.fi/screening).

Tabell 4. Stadierna under verkställandet av fosterscreeningar

Vuosi	Instans	Produktion
1999	Expertgrupp för familjeplanering och mödravård, Stakes	Rekommendation om screeningen och samarbetet med mödravården, inklusive anatomiska missbildningar och kromosomavvikelser hos fostret
2003	Stadia (senare Metropolia)	Utbildningsprogrammet för ultraljudsskötare för fosterscreening inleddes
2003	SHM	Screeningarbetsgruppen grundades
2003	Finlands gynekologförenings styrelse	Önskemål om en utredning av fosterscreeningarnas effekt
2005	Finohta/Stakes	Utvärderingsrapport om fosterscreeningarnas effekt
2005	SHM	Öppet seminarium om fosterscreeningarnas effekter och alternativ
2006	SHM	Fosterscreeningarna lagstadgas genom förordningen om screening
2007–2009	Nationell sakkunniggrupp som stödjer verkställandet av fosterscreening (koordinerad av Finohta/Stakes)	För yrkesutbildade personer: utbildning och utbildningspaket, interaktiv handbok, riskkort, webbplats. För familjer: allmän handbok och handbok om fortsatta undersökningar
2008	Sakkunniggrupp som stödjer verkställigheten av statsrådets förordning om screening, SHM	Rapporten i SHM:s utredningar, med bland annat fosterscreeningarnas kvalitetskrav
2010	Utvärdering av Finohtas nationella sakkunniggrupps verksamhet	THL:s utvärderingsrapport om implementeringen

Vid utvärderingen av stödet för införandet av fosterscreeningarna konstaterades att sakkunniggruppens verksamhet och produktion var till nytta, trots att ibruktagningen av handböckerna varierade. Kommunerna använde materialet i sitt arbete antingen som sådant eller som modell för lokalt anpassade anvisningar. Handböckerna för gravida har i många år varit en av THL:s mest sålda produkter.

SHM tillsatte en sakkunniggrupp för att stödja kvaliteten på screeningen för avvikelser hos foster. Syftet med arbetet var också att främja enhetliga riksomfattande fosterscreeningar. Gruppen utformade kvalitetskrav för screeningundersökningarnas genomförande, utrustning och utbildning. Exempelvis ska en person som genomför strukturella ultraljudsundersökningar delta i två ultraljudsutbildningar och göra minst 500 undersökningar årligen.

Det nya screeningprogrammet kräver i allmänhet anskaffning av ny utrustning och utbildning av en ny yrkeskår. Kliniska ultraljudsskötare som är specialiserade på fosterscreening utbildas vid yrkeshögskolan Metropolia i Helsingfors. De som deltar i utbildningsprogrammet har i allmänhet en utbildning som barnmorska eller hälsovårdare. Screeningenheterna utbildar också skötare genom intern utbildning.

SHM:s arbetsgrupp noterade faktorer med anknytning till uppföljningen av kvalitet och effekt samt presenterade alternativa metoder för uppföljning av screeningarnas kvalitet. Gruppen ansåg att det bästa sättet att utvärdera fosterscreeningen är att inrätta ett riksomfattande screeningregister. Det förutsätter insamling av identifierbara personuppgifter och sammanslagning av moderns och barnets uppgifter. Gruppen föreslog att screeningregistret skulle inrättas som en del av födelseregistret. Förslaget har tills vidare inte förverkligats, utan screeninguppgifter samlas in på olika sätt endast på regional nivå. Ett problem är att information om ett barn som fötts inte får förmedlas till screeningenheten på grund av datasekretessen. Det försvårar kvalitetssäkringen och utredningen av screenings totala effekt.

3.5 JÄMLIKHET OCH ETISKA FRÅGOR

Med stödet för verkställandet av fosterscreeningar har man strävat efter att ge gravida kvinnor jämlika screeningtjänster. Kommunerna erbjuder i övrigt heltäckande fosterscreening, men strukturella ultraljudsundersökningar efter graviditetsvecka 24 är tillgängliga endast i varannan kommun. Innan hon deltar i screeningen ska en gravid kvinna förstå vad screeningen innebär och till vad den kan leda. Det är väsentligt att informationen ges på den gravidas eget modersmål och vid behov ska en tolk närvara vid ultraljudsundersökningen så att den gravida säkert förstår resultatet. Screeningarna är avgiftsfria, men för de fortsatta undersökningarna betalar klienten oftast en poliklinikavgift.

Screeningprinciperna kräver att syftet med en screening endast är att upptäcka problem som kan behandlas. Behandlingen ska förbättra hälsan och vara etiskt godtagbar. Vid fosterscreening uppfylls inte dessa krav i alla avseenden. Med en enda ultraljudsundersökning kan man identifiera flera olika hälsoproblem, av vilka en del inte kan behandlas. Screeningens kan alltså också ge en grund för abort, om den blivande mamman så önskar. Deltagandet i screeningen måste alltså absolut vara frivilligt, så att kvinnor som förhåller sig negativt till abort inte ställs inför en omöjlig situation. En annan särskild etisk fråga är att den gravida fattar beslut om abort eller andra åtgärder å fostrets vägnar.

Dessa frågor kan behandlas genom att man beaktar människors olika synpunkter och värderingar vid screeningen. Avgörande är att en kvinna får tillräcklig information innan hon deltar i screeningen. I Finland kan en kvinna som deltar i screeningen meddela att hon inte vill veta om eventuella avvikelser, utan endast önskar att man kontrollerar antalet foster och graviditetens längd. Om den som genomför screeningen i det här skedet upptäcker

en väsentlig avvikelse, ska det vid enheten finnas klara anvisningar för hur upptäckten ska registreras och vad man ska säga till den gravida. En gravid kvinna kan också välja tidpunkten för en strukturell ultraljudsundersökning så att abort på grund av grav avvikelse hos fostret inte längre är möjlig.

Risken för missfall är en nackdel med de fortsatta undersökningarna (moderkaks- och fostervattenprov) inom fosterscreeningen: 1–2 graviditeter av hundra avbryts. Den gravida måste väga den eventuella risken för missfall med tanke på vilken sannolikheten för en kromosomavvikelse är hos kvinnor i hennes ålder. Eftersom de flesta deltar i de fortsatta undersökningarna krävs det mer information och personlig eftertanke för att låta bli att delta. I den här situationen är det absolut nödvändigt att få värdeneutral information av en yrkesutbildad person.

3.6 SCREENINGENS VERKSTÄLLANDE FORTSÄTTER

Behovet av att standardisera screeningförfarandena betonades kraftigt i början av 2000-talet. Då erbjöds fosterscreeningar på olika sätt i olika kommuner och i vissa kommuner inte alls. Utvärderingsrapporten om fosterscreeningarnas effekt, den offentliga värdedebatten och expertutlåtandena lade grunden till lagstiftningsprocessen. Kommunerna fick en övergångsperiod på tre år för att införa den nya screeningen. Under övergångsperioden fick kommunerna stöd för många åtgärder: utbildning och handböcker för yrkesutbildad personal, broschyrer för gravida kvinnor och kvalitetsrekommendationer för personer som genomför screeningen. Enligt utvärderingen lyckades man bra med stödåtgärderna för verkställandet. Största delen av det producerade materialet betraktades som användbart och togs i användning.

Screeningregistret är en väsentlig faktor med tanke på uppföljningen av screeningens effekt och kvalitet. Det finns fortfarande inget nationellt register för fosterscreeningar, utan screeninguppgifter samlas in på olika sätt på regional nivå.

På grund av att ett register saknas är det viktigt att utreda hur screeningarna verkställs på regional nivå och hur kvalitetssäkringen har ordnats. I det avseendet fortsätter uppföljningen av verkställandet.

4 UTVÄRDERING AV SCREENINGARNA OCH BESLUT OM DEM

Marjukka Mäkelä, Ulla Saalasti-Koskinen, Taru Haula,
Neill Booth, Outi Lyytikäinen, Jaana Leipälä, Ilona Autti-Rämö

En screening måste skapa tillräckligt med hälsa för att den ska vara motiverad med avseende på folkhälsan. Därmed ska det finnas en bra uppfattning om nyttan med, kostnaderna för och de samhällsliga konsekvenserna av screening innan man bestämmer sig för att inleda ett nytt screeningprogram. Flera fall av screening har inletts på initiativ av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården utan särskild styrning. Effekten av lagstadgad screening har även utvärderats i efterhand i Finland. Ibland visar utvärderingen av en screening att den inte är tillräckligt lönsam för att inledas.

I Finland styrs endast ett fåtal screeningar med lagstiftning. De snabba förändringarna inom hälso- och sjukvården och den medicinska tekniken kräver emellertid ett mer flexibelt styrsätt. År 2006 överfördes därför regleringen till förordningen om screening, som styr screeningen av livmoderhals- och bröstcancer samt fosterscreeningarna. En förutsättning för författningsstyrning är att staten stöder kommunernas nya uppgift med statsandelar.

För styrningen av de flesta screeningar används kunskapsledning som ett lättare alternativ till en förordning. Det är inte ändamålsenligt att i en förordning inkludera exempelvis tekniska metoder som snabbt ändras. Då måste hälso- och sjukvårdens utveckling styras och stödjas på något annat sätt för att screeningen ska erbjudas jämnt i hela landet och genomföras väl samt för att effekterna ska kunna utvärderas på ett aktuellt sätt.

Relativt uttömmande utvärderingar har gjorts av de nya screeningar som har behandlats under screeningarbetsgruppens verksamhetsår. Finohtas utvärderingsrapporter innehåller beskrivningar utifrån en systematisk litteraturoversikt av de hälsofördelar, nackdelar och kostnader som den föreslagna screeningen erbjuder samt diskussioner av såväl de sociala och etiska aspekterna som omsättningen i praktiken. Effekterna av vissa screeningar kan redan idag följas exempelvis med hjälp av registret över smittsamma sjukdomar eller cancerregistret, men för en del av de nya screeningarna bör man bygga upp ett eget uppföljningssystem.

4.1 INFEKTIONSSCREENING UNDER TIDIG GRAVIDITET

Sedan 1950-talet har lagstadgad screening för syfilis genomförts vid rådgivningsbyråerna för mödravård. Screening för HIV och hepatit B inleddes på 1990-talet gradvis utan författningsstyrning. De här infektionerna kan spridas från mamman till fostret och hota barnets hälsa. Med hjälp av screening kan man förhindra att infektionen sprids, om mamman och barnet får behandling tillräckligt tidigt. Screeningen av alla tre infektioner inkluderades i förordningen om vaccinationer samt om screening av smittsamma sjukdomar under graviditet 2004.

Effekten av och kostnaderna för screeningen för infektioner under graviditeten utvärderades i Finohas rapport som publicerades 2014. Det nuvarande screeningprogrammet bedömdes årligen förebygga 28 fall av infektioner hos en nyfödd: tre fall av syfilissmitta, fyra fall av HIV-smitta samt 21 fall av hepatit B. Programmet förebygger alltså årligen ett dödsfall, två fall av invalidisering och fyra fall där ett barn behöver livslång läkemedelsbehandling mot HIV. De årliga kostnaderna för screeningprogrammet under tidig graviditet beräknades uppgå till cirka en miljon euro och kostnaden för en infektion som undvikits till 12 000–147 000 euro.

Utvärderingen visade att infektionsscreeningen under tidig graviditet med tillhörande fortsatta åtgärder ännu inte verkställs på ett enhetligt sätt. Kvalitetssäkring av screeningen kräver enhetlig styrning och systematisk uppföljning på nationell nivå. Endast författningsstyrning har alltså inte räckt till för att trygga ett enhetligt verkställande.

4.2 STREPTOKOCKSCREENING UNDER GRAVIDITET

Grupp B-streptokocker (GBS) orsakar en allvarlig infektion som inträffar under den första levnadsveckan. I Finland förekommer 20–40 fall årligen. Bakterien smittar från en symptomfri mamma under förlossningen och kan leda till att det nyfödda barnet dör eller får en allvarlig skada. Med GBS-screening strävar man efter att i slutskedet av graviditeten hitta den femtedel av mammorna som bär på bakterien och förhindra smitta genom att behandla mamma effektivt under förlossningen.

Debatten om den här screeningen började när man 2005 observerade 57 fall av sjukdomen, vilket är fler fall än normalt bland nyfödda i Finland. I screeningen hade också inkluderats en ny metod, där GBS-testet görs när förlossningen börjar. Det är i alla fall svårt att göra testet så att man hinner behandla dem som bär på smittan i tid. Testet är också relativt dyrt och en förutsättning för att ordna screeningen i samband med förlossningen skulle

ha varit att alla mammor testas. I Finohtas utvärderingsrapport jämfördes detta med en situation där ingen screening görs, med identifiering av riskförlösningar samt med GBS-screening under sen graviditet.

Screeningen under sen graviditet gav det bästa resultatet och screeningen i samband med förlossningen gav en nästan lika god effekt, men till betydligt högre kostnader. Båda screeningmetoderna skulle ha ökat användningen av bakterieläkemedel betydligt. De årliga kostnaderna för dessa screeningmetoder beräknades uppgå till cirka 1,6–3,0 miljoner euro och kostnaden för ett fall av insjuknande till 27 000–52 000 euro. Livslånga vårdkostnader för en eventuell invalidisering beaktades inte, liksom inte heller utbildningskostnaderna för att inleda ett screeningprogram.

Screeningarbetsgruppen tog till slut inte ställning till att inleda screeningen. Den tydliga ökningen i antalet fall som startade debatten observerades inte längre under de följande åren. Liksom i fråga om infektionsscreening under tidig graviditet var staten inte villig att finansiera screeningen. Båda besluten påverkades också av att ansvaret för styrningen av infektionsscreeningen till en del hör till SHM:s delegation för smittsamma sjukdomar. Infektionsscreeningens effekt kan följas upp med hjälp av registret över smittsamma sjukdomar och enskilda kartläggningar.

4.3 SCREENING FÖR ÄMNESOMSÄTTNINGSSJUKDOMAR HOS NYFÖDDA

Medfödda ämnesomsättningssjukdomar är sällsynta, men om de inte behandlas kan de leda till svår invalidisering eller dödsfall. I början av 1980-talet inledde Finland som första land i världen screening för underfunktion i sköldkörteln (hypotyreos) hos nyfödda med hjälp av sampel ur navelsträngblod. Screening av navelsträngblod gör det möjligt att inleda behandlingen redan innan barnet skrivs ut från sjukhuset. Debatten om att utvidga screeningen av ämnesomsättningssjukdomar hos nyfödda började under början av 2000-talet på initiativ av sakkunniga. På olika håll i landet hade man i sin egen takt inlett screening för fenylketonuri (PKU) hos nyfödda vars föräldrar eller ena föräldern kom från något annat land än Finland.

Blodprov från navelsträng som tagits för screening för hypotyreos kan inte användas till screening av andra ämnesomsättningssjukdomar. Screening för dessa sjukdomar kan göras tillförlitligt hos barn tidigast när de är två dagar gamla och deras egen ämnesomsättning har startat. Med screening av en blodfläck kan man identifiera flera tiotals ämnesomsättningssjukdomar. De flesta är mycket sällsynta och alla kan inte heller behandlas. År 2005

utvärderades i Finland screeningens effekt på fem sjukdomar, som kan konstateras med hjälp av screening när ett barn är bara några dygn gammalt och för vilka man med tidig behandling kan förebygga svår skada eller dödsfall. Dessa fem sjukdomar är

- kongenital binjurebarkshyperplasi (CAH)
- störning i fettsyraoxidationen (MCAD och LCHAD)
- glutarsyrauri typ I (GA I)
- fenylketonuri (PKU)

I Finohtas rapport bedömdes att man med hjälp av screening för dessa sjukdomar i Finland årligen kunde ge 5–10 barn behandling i tid för att undvika 1–5 svåra invalidiseringar och 1–3 dödsfall. De direkta kostnaderna för screeningen beräknades uppgå till 45 euro per nyfödd eller 2,5 miljoner euro om året. Eftersom PKU är en ytterst sällsynt sjukdom hos finländarna men mycket vanligare på andra håll, bad screeningarbetsgruppen ytterligare om en separat utvärdering av en riktad PKU screening bland nyfödda barn vars föräldrar inte kommer från Finland.

SHM:s screeningarbetsgrupp diskuterade resultaten av utvärderingarna på flera möten och hörde sakkunniga på ämnesomsättningssjukdomar hos nyfödda. Det tog flera år för screeningarbetsgruppen att fatta ett beslut och under den tiden ökade den riktade PKU-screeningen så småningom i takt med att förlossningarna koncentrerades till färre enheter. Till slut föreslog screeningarbetsgruppen att screening för alla de fem sjukdomar som behandlats i Finohtas rapport ska erbjudas alla barn som föds i Finland från och med 2015. Social- och hälsovårdsministeriet skickade i samarbete med Kommunförbundet ett brev om frågan till sjukvårdsdistrikten i april 2014. I brevet föreslogs att universitetssjukhusen tillsammans skulle ha ansvaret för den nationella planeringen och styrningen av screeningprogrammet. Befolkningen bör informeras om screeningen och tillräcklig kompetens för sjukdomsdiagnostik, behandling och ärftlighetsrådgivning ska säkerställas vid alla universitetssjukhus. Inga separata anvisningar finns för utvärderingen av screeningprogrammets effekter. Det finns inte heller några nämnvärda anvisningar för hur man eventuellt kommer att lägga nya sjukdomar till screeningprogrammet.

Enligt den reformerade lagstiftningen kommer social- och hälsovårdsområdena att ha ansvaret för att ordna screeningarna. Trots detta kvarstår behovet av nationell styrning av screeningarna. För att garantera kvaliteten på screeningen av ämnesomsättningssjukdomar hos nyfödda krävs laboratorieverksamhet alla dagar i veckan och flexibel kommunikation mellan screeninglaboratoriet och sjukhusen som ansvarar för vården av de nyfödda. Det är viktigt att laboratorieverksamheten är tillräckligt koncentrerad för att verksamheten ska vara kostnadseffektiv. Uppföljningen av screeningprogrammets effekt kräver omfattande nationell datainsamling.

4.4 HÖRSELSCREENING PÅ NYFÖDDA

Tidig identifiering av en hörselstörning hos barn gör det möjligt att inleda rehabilitering och vid behov operera in ett implantat i innerörat under det första levnadsåret, vilket stöder barnets språkliga utveckling. I början av 2000-talet infördes nya metoder för screening av nyföddas hörsel i stället för de traditionella testen med tuta och harskramla. Förlossningssjukhusen bad Finohta utreda de nya metoderna för hörselscreening som grundar sig på otoakustisk emission (OAE) och hjärnstamsaudiometri (ABR).

En snabb översikt visade att OAE var en känsligare metod, men att ABR gav färre ogrundade misstankar om hörselskada. Man uppskattade att cirka 670 barn årligen måste genomgå fortsatta undersökningar i Finland, om målet var att inleda behandlingen av medelsvår eller svår hörselskada på båda öronen hos barn under sex månader. Om målet var att också hitta barn med hörselskada på ena örat skulle hela 2 200 barn årligen skickas till fortsatta undersökningar. Skillnaderna mellan metoderna var avsevärda.

De nya hörselscreeningmetoderna utvärderades när knappt hälften av förlossningssjukhusen i Finland redan hade tagit i bruk den ena av de nya metoderna. Flera av sjukhusen hade använt information ur Finohtas utvärdering vid valet av metod, men också de övriga sjukhusens erfarenheter var viktiga för beslutsfattandet. En snabb bedömning av det aktuella ämnet invercade på bytet av hörselscreeningmetod utan författningsstyrning. Förändringen genomfördes enkelt också därför att de nya OAE- och ABR-metoderna var relativt förmånliga och screeningen kunde genomföras utan förändringar i organiseringen av screeningen.

4.5 SCREENING FÖR AORTAANEURYSM

Aortabråck i buken eller aortaaneurysm är i allmänhet symptomfritt tills det brister. Hälften av patienterna med en brusten aneurysm dör innan de kommer till sjukhuset och av dem som opererats dör likaså cirka hälften. Med hjälp av ultraljudsscreening kan man hitta och behandla en symptomfri aneurysm. I Finland har man bedömt kostnadseffekterna av screeningen jämfört med nuvarande praxis där ingen systematisk screening erbjuds.

En screening av engångstyp för aortaaneurysm hos 65-åriga män i Finland kan förebygga cirka 237 dödsfall inom en årskull och screening av både män och kvinnor kan förebygga 318 dödsfall. En man som genomgått screening kan få i genomsnitt tio extra levnadsdagar och tilläggskostnaderna uppgår då till cirka 170 euro. Det innebär cirka 6 000 euro per uppnått extra levnadsår. Kostnadseffekterna kan betraktas som skäliga jämfört med många

åtgärder som annars genomförs inom hälso- och sjukvården. Eftersom sjukdomen är mer sällsynt hos kvinnor skulle screening av kvinnor ge färre extra levnadsår och kräva mindre extra kostnader per person än screeningen av män. Screeningens skulle kräva mera resurser för både ultraljudsundersökningar och icke-brådskande operationer.

SHM:s screeningarbetsgrupp har tills vidare inte rekommenderat screening för aortaaneurysm. Screeningens skulle kräva att en helt ny organisation skapas, medan de övriga screeningarna som presenteras i det här kapitlet genomförs av mödravården och förlossningssjukhusen. Den lilla ökningen av livstiden som kan uppnås med hjälp av screening för aortaaneurysm gäller den äldre befolkningen; visserligen utgör åldern i sig inte någon grund för beslutsfattande inom hälso- och sjukvården. Rökning är en avsevärd riskfaktor för aortaaneurysm och genom att minska på rökningen kan man förebygga aortaaneurysm. Screeningens lönsamhet kan alltså också diskuteras i relation till åtgärderna för att minska rökningen. Vid bedömning av kostnadseffekterna hos screening med anknytning till livsstilen är det viktigt att också göra en mer omfattande bedömning av de förebyggande åtgärdernas kostnadseffekter som en alternativ metod.

4.6 TILL SLUT

Många screeningar har inletts gradvis utan författningsstyrning och screeningarna har ofta främjats av yrkesutbildade personer eller organisationer med intresse för verksamheten. Ibland har man börjat diskutera behovet av nationell styrning efter att en screening redan har inletts, ofta på jämlikhets- eller kvalitetsgrunder. Numera jämför man också screeningar: Hur kan man göra dem tillräckligt effektiva och hålla kostnaderna skäliga? Förändringar i förekomsten av en sjukdom ger också upphov till debatt om screeningar.

Vare sig screeningarna styrs med författningar eller på något annat sätt behövs tillförlitlig information om deras effekt, kostnader och nackdelar för beslutsfattandet. Gemensamt accepterade uppgifter skapar en grund för en verklig värdediskussion.

5 CANCERSCREENINGAR

Nea Malila, Tytti Sarkeala, Ahti Anttila

Man har kunnat påvisa effekterna hos vissa cancerscreeningar, men alla cancerscreeningar är inte nödvändigtvis till nytta. För- och nackdelarna med en screening måste vara i balans. En screening som i forskningsupplägget konstaterats vara effektiv kan när den tillämpas som befolkningsscreening visa sig vara mindre effektiv än väntat. Screeningregistren är viktiga för att man ska kunna utvärdera och följa upp genomförandet av screeningarna, deltagandet i dem och framför allt effekten på befolkningsnivå.

Cancerscreeningarnas syfte är att i ett tidigt skede upptäcka dolda (symptomfria eller med lindriga symptom) cancerformer eller förstadier till dessa, för att kunna förebygga dödsfall på grund av cancer (eller ibland att cancer uppkommer). Screeningen kan också ge indirekt nytta, såsom minskad adjuvant behandling som är tung för patienterna. För samhället innebär vård i ett tidigt skede besparingar, då patienternas vårdtid är kort och dyra behandlingar ofta onödiga. Screeningarna orsakar emellertid också nackdelar, såsom ångest och oro, felaktiga screeningresultat samt överdiagnostik av cancer på tidiga stadier eller förstadier. I ett bra screeningprogram är för- och nackdelarna i balans och det finns tillräcklig evidensbaserad information om dem.

Screeningen består av en lång kedja av olika åtgärder och aktörer inom hälso- och sjukvården. Screeningkedjan börjar med fastställandet av deltagarna i screeningen, följt av kallelsen till screeningen, testet och tolkningen av resultatet samt nödvändiga fortsatta åtgärder. Screeningen avslutas först när de som deltar i screeningen dör. I screeningprogrammet har man på förhand noggrant bestämt när och vad som ska göras till följd av ett visst testresultat. Kedjan är känslig för störningar – om den svagaste länken sviker kan det störa hela verksamheten. Därför ska screeningkedjans funktion utvärderas regelbundet. Ett omfattande nationellt register över information om de olika skedena i screeningen möjliggör en utvärdering av kedjan.

5.1 SCREENING ENLIGT FÖRORDNINGEN OM SCREENING

Enligt 14 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) ska en kommun ordna screening inom sitt område i enlighet med det nationella screeningprogrammet. I förordningen om screening (339/2011) finns bestämmelser om de nationella screeningprogrammen och de allmänna principer som dessa ska följa. I förordningen fastställs också skyldigheten att informera: den instans som har ansvaret för ordnandet av screeningen ska informera om screeningens mål och effekt, om eventuella risker i anslutning till screeningen samt om ordnandet av screeningen. Till de lagstadgade cancerscreeningarna hör screening i syfte att förebygga cancer i livmoderhalsen hos kvinnor i åldern 30–60 år med fem års intervaller och bröstcancerscreening för kvinnor i åldern 50–69 år med 20–26 månaders intervaller. Cancerscreeningens effekt mäts nästan alltid som en minskning av dödligheten i cancer. Ibland betraktas också olika delmål som bevis på screeningens effekt, såsom att cancerfall upptäcks eller fördelningen av upptäckta cancertypers utbredning. Delmålen ska ändå inte användas i utvärderingar av screeningprogrammets effekt när man fattar beslut om att inleda eller fortsätta med en screening.

Deltagandet i screeningen är frivilligt och de kallade ska få tillräcklig information som stöd för sitt beslut om att delta. Informationen ska vara opartisk och lätt att hitta och förstå, samt täcka både för- och nackdelar med screeningen. Kallelsen till screening är en bra och naturlig kommunikationskanal, eftersom alla som kallas till screeningen får den. Det är emellertid viktigt att säkerställa screeningprogrammets täckning, eftersom lågt deltagande minskar screeningens effekt. Tillsynen över test och utbildningar utanför screeningprogrammet sköts inte centraliserat, så det finns ingen heltäckande information om deras kvalitet eller effekt.

5.2 SCREENING FÖR CANCER I LIVMODERHALSEN

Screeningprogrammet för cancer i livmoderhalsen inleddes i Finland redan i början av 1960-talet och det blev riksomfattande före slutet av decenniet. Minskningen av dödligheten och incidensen av cancer i livmoderhalsen och efter att screeningen inletts har varit tydlig och avsevärd (hela 80 procent i hela Finland), så nyttan med screeningen kan inte ifrågasättas.

Incidensen av cancer i livmoderhalsen ökade under 1990-talet bland unga kvinnor och därför rekommenderades också att åldern när screeningen inleds skulle sänkas. Forskningsrönen stöder ändå inte en sänkning av screeningåldern från nuvarande 30 år, eftersom screening av unga kvinnor ökar nackde-

larna med screeningen (självläkande HPV-infektioner konstateras ofta särskilt hos unga kvinnor), men förbättrar inte effekten. En höjning av screeningåldern till 65-åriga kvinnor kan däremot vara motiverad, eftersom allt fler cancertyper konstateras hos de äldre och kvinnor lever länge.

Screeningens effekt har också försämrats av att deltagandet har minskat särskilt bland kvinnor under 40 år. I kommunernas förfaranden finns mycket som kan korrigeras på ett enkelt sätt. Exempel på sådana är att erbjuda en bokad tid i samband med kallelsen och att skicka en ny kallelse till kvinnor som inte deltagit.

HPV-test har prövats i Finland genom randomiserad undersökning som en del av det normala screeningprogrammet. Även om testet avslöjar flera förstadier är dess effekt densamma som det traditionella cellprovets i syfte att förebygga invasiv cancer under ett screeningintervall. När de flickor som har fått HPV vaccin når screeningåldern om cirka 15 år, måste screeningtesternas roll utvärderas på nytt. För närvarande rekommenderas inte HPV-test för kvinnor under 35 år över huvud taget, eftersom det är vanligt med HPV-infektion hos unga kvinnor, infektionen i allmänhet läker av sig själv och användningen av HPV-testet leder till överdiagnostik på grund av lindriga inflammatoriska förändringar på förstadiet. Även hos 35-åringar och äldre kvinnor ska användningen av HPV-testet göras systematiskt och kontrollerat, så att man kan konstatera vilka effekter en ändring av testet har på screeningprocessen och dess resultat.

5.3 SCREENING FÖR BRÖSTCANCER

I Finland ordnas screening för bröstcancer i form av mammografi för kvinnor i åldern 50–69 år vartannat år. Screeningprogrammet för bröstcancer inleddes i Finland 1987 bland kvinnor i åldern 50–59-år. Screeningprogrammet för bröstcancer utvidgades till kvinnor över 60 år från och med början av 2007 så att skyldigheten att ordna screening fram till 69 års ålder gäller för kvinnor födda 1947 eller senare. Under screeningprogrammets första år 1987–1991 kallades endast varannan årskull till screening och de andra årskullarna fungerade som kontrollgrupp. Effekten av screeningprogrammet för bröstcancer i Finland har utvärderats först efter inledningsskedet och senare på basis av registeruppföljning. Med hjälp av screeningen har man i Finland uppnått en minskning av dödligheten på 20–25 procent. Hos oss har man kunnat motivera varför screeningen är berättigad och inte ens den hårda debatten om effekterna har orsakat någon avsevärd försämring av screeningprogrammets ställning.

Nackdelarna med screeningen, såsom överdiagnostik av långsamt växande cancertyper och lokala tumörer (cancer in situ) har väckt diskussion. Fal-

len av överdiagnostik har i en internationell utvärdering av riktad screening bland 50–69-åringar föreslagits uppgå till 11–19 procent. Enligt en aktuell utvärdering som har publicerats i Finland har andelen fall av överdiagnostik varit cirka 5–7 procent (variationsintervall 1–13 procent) vid screening av 50–69-åriga kvinnor.

5.4 SCREENING FÖR TARMCANCER

Screening för tarmcancer har konstaterats vara effektiv (minska dödligheten i tarmcancer) antingen med en undersökning av dolt blod i avföringen eller med sigmoidoskopi som screeningstest under första skedet. Användningen av test för blod i avföringen i screeningen grundar sig på att tarmtumörer blöder oftare än en frisk slemhinna. Dödligheten i tarmcancer minskar i genomsnitt 16 procent med hjälp av screening, enligt aktuella beräkningar dock mindre än så.

Screeningprogrammet för tarmcancer i Finland har inletts med en forskningsplan där hälften av befolkningen kallas till screening (screeninggrupp) och hälften av målbefolkningen bildar en kontrollgrupp. Som screeningstest används ett test för blod i avföringen. Målet är att utreda om resultaten av försöket kan tillämpas direkt i den finländska hälso- och sjukvården. Genom randomisering säkerställer man att screeningen inleds på ett rättvist och jämlikt sätt, att screeningprogrammet utvärderas på ett tillförlitligt och objektivt sätt samt att hälso- och sjukvårdens resurser räcker till exempelvis för endoskopierna.

För närvarande utreds screeningprogrammets effekt, när screeninggruppens överenskomna randomiseringsperiod (10 år) går ut i slutet av 2014. Trots att programmet verkar fungera utmärkt, deltagandet är cirka 70 procent och det har gått bra att ordna fortsatta undersökningar, kan ett slutgiltigt beslut om screeningen inte fattas utan en bedömning av dödligheten.

5.5 SCREENING FÖR PROSTATACANCER

Prostatacancer är den vanligaste cancertypen bland män i Finland liksom i många andra länder med hög levnadsstandard. En omfattande randomiserad multicenterstudie (European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer, ERSPC) inleddes i början av 1990-talet och Finland har deltagit i studien sedan 1996. Efter mer än tio år av uppföljning konstaterades att screeningen, som grundar sig på ett PSA-test, minskar dödligheten i prosta-

tacancer med 21 procent bland dem som kallats till screening jämfört med kontrollgruppen, och med 29 procent bland deltagarna efter korrigering för urvalsbias. I det finländska materialet var minskningen mindre, cirka 15 procent, och statistiskt insignifikant. Den aktuella Cochranerapporten konstaterar att screenings inverkan på dödligheten inte har bevisats obestridligen i metaanalysen för fem randomiserade screeningtest. Resultatet beror på att det amerikanska randomiserade screeningtestet (the US Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) cancer screening trial) och det europeiska testet (ERSPC) gav inkonsekvent resultat.

Något organiserat screeningprogram för prostatacancer har åtminstone tills vidare inte inletts, eftersom nackdelarna med behandlingen av prostatacancer med tanke på livskvaliteten är avsevärda. Med de aktiva behandlingarna förknippas faktorer som stör livskvaliteten på lång sikt, såsom inkontinens, sveda, erektionsstörningar och särskilt vid strålbehandling också irritation i tarmen. Trots det görs PSA-test i screeningsyfte allmänt exempelvis inom företagshälsovården, den privata sektorn och den offentliga hälso- och sjukvården. Situationen är paradoxal, eftersom opportunistisk screening betonar nackdelarna med screeningen och minskar fördelarna – tolkningen av screeningresultaten varierar och gränsvärdet för screeningen är olika vid olika enheter, fortsatta undersökningar ordnas inte systematiskt, man följer inte upp hur de som genomgått screening får tillgång till undersökningar och vård och data samlas inte in för utvärdering.

Det PSA-test av screeningtyp som måste göras för att hitta prostatacancer bör inte göras i nuvarande omfattning i framtiden, eftersom man inte ska testa friska män för säkerhets skull. Alternativt kan man ordna ett nationellt program som säkerställer tillräcklig information om screenings för- och nackdelar för beslutsfattandet.

5.6 SCREENING FÖR LUNCANCER

Screening för lungcancer med hjälp av vanlig lungröntgen är inte effektivt, det vill säga screeningen minskar inte dödligheten i lungcancer. Däremot minskade screening med datortomografi med låg stråldos dödligheten i lungcancer med 20 procent och den totala dödligheten med 6,7 procent jämfört med screening med vanlig lungröntgen i ett amerikanskt screeningtest. Målbefolkningen för undersökningen var personer som rökt länge och screeningen upprepades en gång om året i tre år. Enligt den experimentella undersökningen verkar screeningen alltså minska dödligheten i lungcancer bland befolkningen som löper hög risk. Utmaningarna för lungcancerscreeningen ligger i hur screeningen borde ordnas, vilka nackdelar de många fortsatta

undersökningarna orsakar och hur högriskgruppen ska kunna identifieras och kallas till screening.

Eftersom rökning är en välkänd och mycket stark riskfaktor för lungcancer är en minskning av rökningen fortfarande den primära hälsopolitiska åtgärden för att förebygga lungcancer.

5.7 ÖVRIGA CANCERSCREENINGAR

Screening av cancer i munområdet med hjälp av visuell undersökning minskar dödligheten i sjukdomen bland personer som hör till högriskgrupper (rökare, storkonsumenter av alkohol). Screening av cancer i äggstockarna har inte konstaterats minska dödligheten i sjukdomen. I Australien pågår ett screeningprogram för melanom som grundar sig på undersökning av hela kroppen. De första resultaten av programmet förväntas bli klara under 2015. Trots att man försöker minska risken för hudcancer, särskilt melanom, mångsidigt genom att behandla födelsemärken, finns inget forskningsmaterial angående behandlingens effekt. Screening av magcancer har testats i Finland bland den manliga befolkningen i Vanda och Kotka 1994–1995. Screeningförsökets inverkan på dödligheten i magcancer har ännu inte publicerats och screening för magcancer verkar åtminstone inte tills vidare vara lämplig som screeningundersökning för befolkningen.

5.8 SAMMANFATTNING

Eftersom screeningundersökningarna för befolkningen är riktade till friska personer, måste för- och nackdelarna vara i balans innan screeningen inleds. Särskilt viktigt är det att se till att minimera nackdelarna. Till ett välfungerande screeningprogram hör också rätt anvisningar för screeningintervall och -ålder. Screeningundersökningarna ska göras tillräckligt sällan så att nackdelarna minimeras, men tillräckligt ofta för att upptäcka cancer på tidigt stadium i tid. Fördelarna med cancerscreeningen syns bland befolkningen, som en minskning av dödligheten i cancersjukdomen som screeningen gäller. Ett tecken på en bra screening är också att patienternas livskvalitet förbättras tack vare en lättare och botande behandling. Ett välfungerande screeningprogram är en kedja av åtgärder, där man på förhand har kommit överens om nödvändiga fortsatta undersökningar. Screeningprogrammets styrka men samtidigt också deras utmaning är processen i sin helhet – screeningkedjan som behöver kontinuerlig uppmärksamhet och omsorg.

6 HÄLSOUNDERSÖKNINGAR

Riitta Sauni, Tuovi Hakulinen-Viitanen, Marjaana Pelkonen, Marjukka Mäkelä, Erkki Vartiainen, Timo Leino, Taneli Puumalainen

Hälsoundersökningar kan inkludera element av screening, men målet för en hälsoundersökning är inte endast att hitta sjukdomar eller förstadier till dessa, utan att stödja hälsa, välfärd och arbetsförmåga. I hälsoundersökningarna av barn och ungdomar betonas uppföljning av och stöd för växande och utveckling, av vuxna främjande av hälsa och funktionsförmåga samt stöd för arbetsförmågan.

Screeningar och hälsoundersökningar har många beröringspunkter. Enligt definitionen i förordningen om screening avses med screening undersökningar av eller provtagningar på befolkningen eller en viss del av befolkningen i syfte att konstatera en viss sjukdom eller dess förstadium eller för att upptäcka sjukdomsalstraren. Hälsoundersökning är ett vidare begrepp. Enligt social- och hälsovårdsministeriets definition avses med hälsoundersökningar undersökningar av hälsotillstånd och funktionsförmåga genom kliniska undersökningar eller andra ändamålsenliga och tillförlitliga metoder. På individnivå definieras den som en mångsidig undersökning av hälsotillståndet och den kan inkludera element av screeningtyp. Hälsoundersökning är en allmän benämning på ett möte mellan en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården och en person som besöker denna för undersökning. Hälsoundersökningen är en slags grund som beroende på situationen kan omfatta olika element av undersökning, rådgivning eller handledning. De olika elementen har i allmänhet planerats på förhand, exempelvis innehållet i en undersökning på mödra- eller barnrådgivningsbyrån, men de bearbetas och betonas på olika sätt utifrån individuella behov.

Hälsorådgivningens och hälsoundersökningarnas uppgift är att följa upp och främja befolkningens hälsa och välfärd, stödja arbets- och funktionsförmågan och förebygga sjukdomar samt främja den psykiska hälsan och livskompetensen, stödja val som främjar hälsan och förebygger sjukdomar, tillhandahålla kost- och motionsrådgivning liksom stöd för rökavvänjning och minskad alkoholkonsumtion i syfte att förebygga de vanliga folksjukdomarna.

Hälsoundersökningarnas mål är primär och sekundär prevention av sjukdomar. I det syftet kan man använda screeningtest för att konstatera sådana

Hälsofrämjande hälsoundersökningar är bland annat mödra- och barnrådgivningsbyråernas, skol- och studerandehälsovårdens och många av företagshälsovårdens undersökningar. Det finns också många hälsoundersökningar som krävs för att man ska beviljas någon typ av tillstånd eller få en tjänst. Då förutsätts den sökande uppfylla vissa fysiska krav för att garantera sin egen och andras säkerhet. Den här typen av hälsoundersökningar omfattar bland annat undersökningar för körkort, dykcertifikat eller flygcertifikat samt en del av företagshälsovårdens hälsoundersökningar. I Figur 2 finns de olika screeningarna och hälsoundersökningarna som riktas till medborgarna på allmän nivå i åldersgrupper om fem år.

L = barnrådgivningsbyrå
K = skol- och studerandehälsovård
P = försvarsmakten
A = körkort
Ä = mödrarådgivningsbyrå
T = företagshälsovård
C = livmoderhalscancer, kvinnor
R = bröstcancer, kvinnor

46

Hälsoundersökningarna grundar sig på den arbetsfördelning som har överenskommit mellan hälsovårdare och läkare. Med tanke på resultatet är det väsentligt att man reserverar tillräckligt med tid för hälsoundersökningen och att personalen är kompetent och har möjlighet att konsultera andra yrkesgrupper. Det är också viktigt att det finns möjlighet att hänvisa till fortsatta undersökningar och vård samt att man har fungerande multiprofessionella team.

6.1 VARFÖR GÖRS HÄLSOUNDERSÖKNINGAR AV BARN, UNGDOMAR OCH FAMILJER?

Hälsoundersökningar görs för att man på förhand ska kunna förstärka de faktorer som skyddar barns och ungdomars hälsa och välfärd. Det finns starka evidensbaserade motiveringar för skyddsfaktorerna och för att stärka dem, och nya data samlas hela tiden in.

Hälsoundersökningar görs också för att i ett så tidigt skede som möjligt identifiera problem eller riskfaktorer (utveckling, tillstånd, symptom, sjukdomar, avvikelser) som hotar barns och ungdomars tillväxt, utveckling samt hälsa och välfärd, bedöma behovet av råd, handledning och stöd samt vidta nödvändiga åtgärder. Ovan nämnda problem kan vara förknippade med barnen och ungdomarna själva (psykosocial utveckling och hälsa; neurologisk utveckling, interaktion, tal och språk; fysisk hälsa, tillväxt och utveckling inkl. hälsovanor, pubertetsutveckling; säkerhet; syn och hörsel, munhälsa) eller med deras uppväxt- och utvecklingsmiljö (bl.a. föräldrarna, hemmet), som barnens och ungdomarnas utveckling och välfärd beror på. Åtgärder kan vara exempelvis stöd och handledning som erbjuds omedelbart i samband med undersökningen, överenskommelse om närmare utredning av en situation och planering av stödåtgärder, hänvisning till fortsatta undersökningar eller vård. Om problemen är sammansatta behövs också insats av andra yrkesgrupper, ofta i form av multiprofessionellt samarbete. Vid behov gör man en individuell hälso- och välfärdsplan.

En bra hälsoundersökning fokuserar aldrig enbart på problemen, utan inkluderar alltid en del som stärker hälsan, välfärden och resurserna. Hälsoundersökningarna av barn och ungdomar grundar sig på en positiv hälsouppfattning och ett tillhörande arbetssätt som stärker resurserna.

Barns och ungdomars uppväxt- och utvecklingsmiljö (hemmet, dagvården, skolan/läroinrättningen, fritiden) uppmärksammas i alla hälsoundersökningar. Anvisningar för hälsoundersökningar och förläggningen av undersökningar i samband med dem finns i olika guider och handböcker (SHM Handbok 14/2004, SHM Publikation 20/2009, THL Handbok 22/2012).

I dessa motiveras delarna i hälsoundersökningarna samt de kontroller som ska göras i olika åldrar, bland annat exempel på sjukdomar, skador och problem som det är viktigt att observera i samband med respektive undersökning. Omfattande hälsoundersökningar, där man bedömer en hel familjs hälsa och välfärd, är grundligare än andra undersökningar och kräver ett längre besök på mottagningen. De undersökningar som görs mellan de omfattande hälsoundersökningarna kan vid behov vara mer begränsade och kortare.

För att identifiera problem och behov av stöd använder man mätningar, undersökningar, blanketter, intervjuer med mera. Exempel på de metoder som ska användas på rådgivningsbyrån och inom skolhälsovården finns samlade i THL:s metodhandbok (Handbok 14/2011) och för studerandehälsovårdens del i en bilaga till utvecklingsarbetsgruppens rapport (SHM 10/2014). Dessutom används God medicinsk praxis-rekommendationerna och rekommendationer för vårdarbetet. Som stöd används också bedömningar av andra yrkesutbildade personer, såsom personalen vid daghem och skolor, som förbättrar bedömningarnas tillförlitlighet och de fortsatta åtgärdernas effektivitet.

För att förbättra kvaliteten på de förebyggande tjänsterna för barn och ungdomar och minska skillnaderna mellan kommunerna inkluderades vissa av barnrådgivningens samt skol- och studerandehälsovårdens hälsoundersökningar med tillhörande nödvändig hälsorådgivning i lagstiftningen (Srf 338/2011). Hälsoundersökningar görs oftare under graviditeten och spädbarnsåldern, eftersom tillväxten och utvecklingen är intensiva i det skedet och en fördröjning av identifieringen av eventuella problem kan orsaka de allvarigaste skadorna. Många föräldrar har i det här skedet stort behov av handledning och stöd. Även senare i växande ålder är förändringarna snabba, så regelbundna hälsoundersökningar är viktiga för uppföljningen av bland annat tillväxten, pubertetsutvecklingen och hållningen. Antalet hälsoundersökningar har under de senaste decennierna minskats bland annat vid barnrådgivningsbyrån och senast också vid mödrarådgivningsbyrån. Tiden används i allt högre grad till anvisning av tjänster (THL Handbok 29/2014). Inom skolhälsovården är ett besök årligen motiverat av ovan nämnda orsaker. Under studierna på andra stadiet (gymnasium/yrkesläroanstalter) går ungdomarna igenom ett utvecklingsskede där riskbeteende är vanligt och självständiga hälsovanor håller på att ta form. Många psykiska sjukdomar börjar också i det här skedet av livet. Det är möjligt att ge en ung person stöd och upptäcka problem i ett tidigt skede i samband med hälsoundersökningarna under det första och andra studieåret. Inom studerandehälsovården på högskolenivå görs hälsoundersökningen på basis av resultaten av en hälsoenkät. Studerandehälsovården ansvarar för ett tidigt konstaterande, behandling och hänvisning till fortsatt vård av psykiska problem och missbruksproblem.

I samband med ovan nämnda förordning fick kommunerna i uppgift att identifiera behovet av särskilt stöd för barn, ungdomar och familjer samt att

utreda behovet av stöd för dem som inte deltar i undersökningarna. Syftet är att identifiera behovet av stöd i ett tidigt skede och anvisa stöd vid rätt tidpunkt åt den som behöver det för att minska skillnaderna i hälsa samt förebygga utslagning och behov av barnskydd. Servicen för barn, ungdomar och familjer är universell, avsedd för hela åldersgruppen, eftersom det på förhand är omöjligt att veta vem som behöver stöd. I samband med att författningsgrunden (hälso- och sjukvårdslagen, förordningen) fastställdes effektiviserade man också den övriga nationella styrningen, uppföljningen och tillsynen. Ordlandet av hälsoundersökningar av hög kvalitet påverkas också av hur motiverade kommunerna är att satsa på barnens och familjernas välfärd (resurser, ledning, kompetens).

6.2 VARFÖR GÖRS HÄLSOUNDERSÖKNINGAR INOM FÖRETAGSHÄLSOVÅRDEN?

Hälsoundersökningarna är en del av företagshälsovårdens förebyggande och arbetshälsofrämjande verksamhet. Målet är å ena sidan att skydda de anställda för hälsorisker i arbetet, å andra sidan att stödja de anställdas egna resurser och hälsa för att upprätthålla arbetsförmågan. Man strävar efter att sätta in förebyggande, korrigerande och rehabiliterande åtgärder som är inriktade på individen och arbetsplatsen i ett så tidigt skede som möjligt.

Yrkesutbildade personer inom företagshälsovården fastställer behovet av hälsoundersökningar i samarbete med arbetsplatsen, vid behov med stöd av sakkunniga inom företagshälsovården. Enligt statsrådets förordning (708/2013) som utfärdats med stöd av lagen om företagshälsovård (1383/2001) ska hälsoundersökning ordnas inom företagshälsovården bland annat

- när arbetstagarens ålder, kön, fysiologiska tillstånd och de risker och men för hälsan som arbetet medför förutsätter det,
- vid behov på grund av arbetstidsarrangemang,
- när hälsoeffekterna av nya tekniker, metoder och ämnen som ska tas i bruk förutsätter det,
- vid behov för konstaterande av arbetstagarens hälsotillstånd och för planering av nödvändig uppföljning efter det att exponeringen upphört,
- på grund av de särskilda krav på hälsan som arbetet ställer,
- vid behov när arbetsuppgifterna förändras väsentligt eller efter behov i olika skeden av arbetslivet,
- när arbetstagarens hälsotillstånd, arbetsförmåga eller sjukdomar och symtom i anslutning till arbetet förutsätter det,

- för att bedöma och stödja arbetstagarens möjligheter att klara sig i arbetet samt vid behov för att anpassa arbetet till arbetstagarens resurser, hälsomässiga förutsättningar och arbets- och funktionsförmåga,
- vid behov innan anställningen upphör för att bedöma hälsan och arbetsförmågan och utreda de hälsomässiga förutsättningarna för samsättning samt för att utarbeta en plan för upprätthållande av hälsan och arbetsförmågan och hänvisning till fortsatta åtgärder.

Vid hälsoundersökningen ska arbetstagarens hälsotillstånd och arbets- och funktionsförmåga beaktas som en helhet och särskilt sambandet mellan hälsa och arbete. På basis av hälsoundersökningen bedömer man behovet av vägledning och rådgivning och utarbetar en personlig hälsoplan i samarbete med arbetstagaren för att stödja arbetsförmågan.

6.3 OLIKA TYPER AV HÄLSOUNDERSÖKNINGAR INOM FÖRETAGSHÄLSOVÅRDEN

Företagshälsovårdens hälsoundersökningar kan delas in i nyanställningsundersökningar och periodiska hälsoundersökningar. I praktiken genomgår nästan varje nyanställd en hälsoundersökning i början av sin anställning, även om nyanställningsundersökningarna är obligatoriska endast då arbetet innebär sådana hälsorisker som kan vålla sjukdom, för stor exponering eller fara för den reproduktiva hälsan.

Enligt gällande lagstiftning (SrF 1485/2001) ska periodiska hälsoundersökningar göras i arbeten som medför särskild fara för ohälsa. Numera bereds största delen av Finlands arbetarskyddslagstiftning vid EU:s organ på initiativ av Europeiska kommissionen. I många av EU:s arbetarskyddsdirektiv handlar en av punkterna om skyldigheten att ordna hälsoundersökningar för anställda som har utsatts för risk (t.ex. asbest, buller, vibration, nattarbete, elektromagnetiska fält). Syftet med dessa hälsoundersökningar är att säkerställa att de anställdas hälsa inte har skadats av arbetsbetingad exponering.

Enligt Folkpensionsanstaltens (FPA) statistik har man redan länge årligen gjort totalt cirka en miljon hälsoundersökningar inom företagshälsovården. Det innebär att 50–60 hälsoundersökningar har gjorts per 100 förvärvsarbetsande personer. År 2011 gjordes drygt 17 procent av hälsoundersökningarna på grund av särskild risk för insjuknande och resten var undersökningar inriktade på hälsan och arbetsförmågan. Undersökningar inriktade på hälsan och arbetsförmågan har kunnat sättas in för specifika åldersgrupper eller specifika arbetsenheter exempelvis med 3–5 års intervaller. Eftersom kommunerna till största delen har avstått från undersökningar av åldersgrupper

kan man säga att företagshälsovården i det här avseendet har tagit sig an en av folkhälsoarbetets uppgifter.

Hälsoundersökningar där man sällar fram personer vars arbetsförmåga är utsatt för risk har blivit allt vanligare under de senaste åren och det finns vetenskaplig evidens för att verksamheten har effekt. Man strävar efter att identifiera riskfaktorer med anknytning till hälsan och arbetsförmågan med hjälp av en enkät i elektronisk form eller på pappersblankett. De som enligt enkäten hotas av hälsorisker kallas till personlig hälsoundersökning och stödåtgärder ordnas för dem. Med tanke på sällningsundersökningarna har man sett till att hela målgruppen ändå har möjlighet att delta i hälsoundersökningarna om så önskas, eftersom det är möjligt att man med sällningsenkäten inte når alla hjälpbehövande. Man måste också sörja för enkäternas validitet och vara medveten om vem som nås med enkäten.

Ett multiprofessionellt arbetssätt inom företagshälsovården innebär teamarbete som grundar sig på tvärvetenskapligheten i många yrken. Ett företagshälsovårdsteam består av en företagsläkare, -hälsovårdare, -psykolog och -fysioterapeut, men teamet kan kompletteras med andra sakkunniga inom företagshälsovården om arbetsplatsens eller en anställds behov kräver det. Företagshälsovårdarna gör största delen av undersökningarna (58 procent), medan läkarna gör 28 procent, fysioterapeuterna tio procent och psykologerna fyra procent. I allmänhet är det företagshälsovårdaren som hänvisar en klient till läkare eller någon annan sakkunnig inom företagshälsovården. Vid hälsoundersökningar som görs på grund av särskild risk för insjuknande är en läkares ställningstagande nödvändigt.

6.4 INNEHÅLLET I HÄLSOUNDERSÖKNINGARNA INOM FÖRETAGSHÄLSOVÅRDEN

Vid arbete som medför särskild risk för insjuknande eller olycksfall kan undersökningens innehåll vara begränsat, till exempel en hörselundersökning eller ett biologiskt exponeringstest, där man följer upp exponeringen i arbetsmiljön för vissa kemikalier med hjälp av blod- eller urinprov. Dessa undersökningar är obligatoriska för den anställda. Omfattningen av och innehållet i undersökningar för att utreda hälsan samt arbets- och funktionsförmågan grundar sig på en bedömning av behovet och de mål som man kommit överens om i samarbete med arbetsplatsen. Undersökningarna kräver den anställdas samtycke.

Vid en företagshälsoundersökning används kliniska undersökningar och andra ändamålsenliga och tillförlitliga metoder. Om en screening ingår i fö-

retagshälsovårdens hälsoundersökningar är det viktigt att fastställa målen för hälsan och utreda vilka bevis man har för möjligheten att uppnå målen med hjälp av screeningen samt vilka de bästa screeningmetoderna är. Samtidigt ska man beakta de bestämmelser om screeningar enligt screeningprogrammet som ingår i statsrådets förordning om screening (339/2011). Undersökningar av screeningstyp som inte uppfyller kriterierna för screening ska inte ingå i en hälsoundersökning.

6.5 HÄLSOUNDERSÖKNING AV INVANDRARE

Finland ställer inte hälsokrav för inresa och Finlands migrationspolitik innehåller inte några ställningstaganden med avseende på hälsa. En invandrare utvisas inte ur landet av hälsoskäl, och de tjänstemän som handlägger de asylsökandes ansökningar får inte ta del av resultaten av de screeningtester som görs i samband med inresekontrollerna. Social- och hälsovårdsministeriet rekommenderar att hälsoundersökningar ordnas för invandrare, asylsökande och deras familjemedlemmar som flyttar till Finland i ett senare skede, samt för personer som kommer till Finland för mer än tre månader från ett land med hög tuberkulosincidens. Utöver detta ordnar en del kommuner hälsoundersökningar också för andra grupper av invandrare som ett led i integrationsprocessen. Det är frivilligt att delta i hälsoundersökningarna.

Flyktingar och asylsökande samt förebyggandet av infektionsproblem hos dessa presenteras i SHM:s anvisning 2009:22, i vilken man fastställer ordnandet av hälsoundersökningar för dessa grupper, kostnadsansvarsfördelningen och det medicinska innehållet. Undersökningen består av ett besök hos hälsovårdare och vid behov ett läkarbesök, lungröntgen för tuberkulosscreening och laboratorieprov för screening för HIV, hepatit B och syfilis. Hos barn görs också screening för inälvsparasiter. Under besöken på mottagningen kontrollerar man också klientens vaccinationer.

Social- och hälsovårdsministeriet har också gett en anvisning för tidigt konstaterande av lungtuberkulos vid hälsoundersökning av invandrare 2014. Invandrare från länder med hög tuberkulosincidens (<http://www.thl.fi/attachments/Infektiaudit/Maaluettelo.pdf>) ska ha möjlighet att delta i frivillig tuberkulosscreening om de sannolikt kommer att stanna i Finland i mer än tre månader. Screeningundersökningen består av en intervju med en sjukskötare eller hälsovårdare inom två veckor efter inresan i landet samt lungröntgen som ordnas under samma besök eller så snart som möjligt efter besöket. Syftet med screeningen är att skydda personens egen hälsa och att bryta smittkedjor varvid även den övriga befolkningen skyddas mot tuberkulossmitta.

6.6 HÄLSOUNDERSÖKNING AV ARBETSLÖSA

Enligt 13 § i hälso- och sjukvårdslagen som trädde i kraft 2011 ska kommunerna ordna hälsorådgivning och -undersökningar för personer i arbetsför ålder som faller utanför företagshälsovården. Utifrån den riksomfattande enkäten till hälsovårdscentralerna från 2013 har hälsoundersökningarna av arbetslösa och servicen med anknytning till dem ökat i kommunerna jämfört med situationen 2009. Cirka hälften av kommunerna som svarade på enkäten gjorde hälsoundersökningar av arbetslösa 2009, medan motsvarande andel 2013 var 89 procent. Hälsoundersökningar av arbetslösa görs i relativt stor omfattning i hela landet, men några exakta uppgifter om antalet klienter finns inte. I nästan alla kommuner som nu gör hälsoundersökningar har man avtalat om att fortsätta verksamheten. Faktorer som främjar kontinuiteten är bland annat verksamhetens behovsorientering och överenskomna samarbetsförfaranden.

6.7 ÖVRIGA HÄLSOUNDERSÖKNINGAR

För vissa myndighetstillstånd krävs läkarundersökning och i samband med den görs en hälsoundersökning. Sådana tillstånd är exempelvis körkort, flygcertifikat och kompetensbrev för laddare. Lämpligheten för dykning med andningsapparat ska bedömas innan man deltar i utbildning. Inom försvarsmakten gör man hälsoundersökningar för att bedöma tjänstedugligheten i samband med uppbådet, när man rycker in och när tjänstgöringen är över. Några kommuner ordnar hälsogranskningar för äldre personer, som syftar till att utreda faktorer med anknytning till funktionsförmågan och hemmaboendet. Vid hälsoundersökningar av munnen utreds munhälsan, munnens utveckling och behovet av vård. Vid behov gör man upp en personlig hälsoplan. Kommunen ska ordna dessa för alla som hör till en på förhand fastställd åldersgrupp eller årskull eller till någon annan grupp samt enligt individuellt behov.

6.8 SCREENING FÖR FOLKSJUKDOMAR VID HÄLSOUNDERSÖKNINGAR

Riskbedömning för hjärt- och kärlsjukdomar

Varje vuxen person bör känna till sitt blodtryck och sitt kolesterolvärde. Enligt amerikanska rekommendationer ska den totala risken bedömas ef-

ter 20 levnadsår med 4–6 års intervaller om risken är låg och oftare om risken är hög. Enligt europeiska rekommendationer bör en riskbedömning göras hos alla vuxna personer, men senast vid 40 års ålder hos män och 50 års ålder hos kvinnor. Lättast bedömer man den totala risken med hjälp av FINRISKI-räknaren (<http://www.thl.fi/sv/web/folksjukdomar/hjart-och-karlsjukdomar/finriski-raknaren>), där man matar in ålder, kön, totalkolesterol, HDL-kolesterol, systoliskt blodtryck, rökning, eventuell diabetes och om föräldrarna fått hjärtinfarkt eller stroke i unga år. Räknaren visar sannolikheten för att insjukna eller dö i kranskärslssjukdom eller stroke samt den kombinerade risken för dessa. Räknaren ger också risken för att insjukna hos en jämnårig man eller kvinna om deras riskfaktorer är på låg nivå och den genomsnittliga risken för en jämnårig person av samma kön med riskfaktorer som är på typisk nivå för en finländare. Räknaren fungerar bäst på medelålders personer. Den absoluta risken hos unga vuxna är i vilket fall som helst mycket låg. Deras relativa risk kan emellertid bedömas genom att man jämför resultatet med den jämnåriga befolkningen eller med vad deras risk skulle vara som 60-åring med den nuvarande risknivån. Riskfaktorernas prognosvärde minskar också hos äldre personer. Den fortsatta vården ska planeras och genomföras enligt God medicinsk praxis-rekommendationerna (Dyslipidemier och Förhöjt blodtryck).

Riskbedömning för diabetes

Det är enkelt att bedöma risken för diabetes med hjälp av ett risktest på webben, som inte kräver några laboratorieprov: http://www.diabetes.fi/sv/diabetesforbundet_i_finland/om_diabetes/allmant_om_diabetes/risktest. Testet kan också göras på en blankett. Ett två timmars glukostoleranstest rekommenderas antingen vid riskgränsen på 12 poäng eller 15 poäng beroende på vilka möjligheter som är tillgängliga. Vården ska följa God medicinsk praxis-rekommendationerna (Diabetes).

6.9 DISKUSSION AV HÄLSOUNDERSÖKNINGARNAS FÖRDELAR OCH EFFEKT

Fördelarna med hälsoundersökningar är mångsidiga. En del av fördelarna är mätbara (sjukdom som förebyggts med vaccinationer eller på annat sätt, hörsselfel som upptäckts m.m.). Andra är upplevelsemässiga, såsom en pappas eller mammas upplevelse av att ha fått hjälp och förstärkta resurser. Häl-

sundersökningarnas effekt består alltså av många olika faktorer, av vilka en del ger snabb effekt och andra syns först efter flera år. Tidig identifiering av inlärningssvårigheter och fördelar med att få vård syns exempelvis i grundskolan genom att inläringen fungerar. Tidig identifiering av beteendestörningar har stor betydelse för ett barn, barnets familj och hela samhället.

I tabellen i Bilaga 2 finns samlade forskningsdata om nyttan med de verksamhetskoncept eller arbetsmetoder som används i samband med hälsoundersökningar vid rådgivningsbyråerna för mödravård och barnavård samt inom skolhälsovården. Enligt dessa forskningsdata kan den potentiella nyttan med verksamhetskoncepten och arbetsmetoderna för barnens och ungdomarnas samt föräldrarnas hälsa betraktas som avsevärda. Nyttan med hälsoundersökningarna och tillhörande rådgivning beror på vad som händer under besöken: hur barnen och föräldrarna bemöts, hur väl man lyckas stödja föräldrarnas, barnens och ungdomarnas välfärd och förändringar i positiv riktning samt hur väl man lyckas identifiera problem eller behov av stöd och ordna fortsatta åtgärder.

Nyttan med hälsoundersökningarna blir större ju mer effektivt man stöder de skyddande faktorerna och ju tidigare och mer effektivt man ingriper i bekymren och problemen. Det är kostnadseffektivt att hjälpa barn och familjer i ett så tidigt skede som möjligt, redan innan problem har uppstått. Om man ingriper i problemen först efter flera år tillspetsas situationen i allmänhet och blir värre, det blir svårare att hjälpa och kostnaderna mångdubblas.

Åtgärderna vid hälsoundersökningar bör vara tillräckligt effektiva. En sporadisk uppmaning att sluta röka eller gå ner i vikt är mest effektiv när en person upprepade gånger träffar samma yrkesutbildade anställda inom hälso- och sjukvården, som genom god kommunikation kan anpassa sin rekommendation till patientens livssituation. Motiverande intervjuer har gett goda resultat med ändrade hälsovanor.

Hälsoundersökningarna bildar ett kontinuum, där man regelbundet följer upp och stärker hälsan och välfärden hos alla barn, ungdomar och familjer samt vid behov ingriper i situationen. Det är sällan möjligt eller ändamålsenligt att utvärdera effekten av en sporadisk hälsoundersökning. En hälsoundersökning är en mångsidig helhet vars kvalitet och nytta påverkas av många faktorer, bland annat av ledningen och de anställdas yrkeskunskap samt av hur tjänsten som helhet fungerar. Viktigast är förmågan att bemöta ett barn och barnets familj som unika individer, skapa en förtroendefull relation samt förmågan att beakta individernas och befolkningens behov och göra det möjligt för dem att delta (även SrF 338/2011).

Hälsoundersökningar för barn och ungdomar inkluderar olika slags mätningar med vilka man följer upp tillväxt och utveckling. Vid andra hälsoundersökningar använder man andra typer av indikatorer. Mätningarna kan användas för att analysera hur väl de sällar fram avvikande resultat. Rando-

miserade studier av hälsoundersökningarna i sin helhet är ändå inte möjliga. Man kan i alla fall bedöma både de positiva och de negativa effekterna av mätningen i fråga och de åtgärder som följer på den.

Hälsoundersökningar för vuxna personer är ofta förknippade med hälsorisker i arbetet, riskfaktorer för folksjukdomar och kartläggningar av hälsa och funktionsförmåga. Med tanke på blodtryck och kolesterol, som är riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdomar, är det i det närmaste fråga om riskhantering. Risken för att insjukna ökar lineärt i takt med att blodtrycket eller kolesterolvärdet stiger. Det lönar sig alltså att ändra hälsobeteendet på alla risknivåer, men på en viss risknivå är det ändamålsenligt att sätta in läkemedelsbehandling. En ändring av hälsobeteendet kräver efter hälsoundersökningen ett systematiskt program och läkemedelsbehandling, uppföljning och motivering av patienten.

6.10 UTVECKLINGSFÖRSLAG

Hälsoundersökningar görs flera gånger i livet för olika ändamål och med olika krav, bland annat vid rådgivningsbyråerna, inom skol- och studerandehälsovården, i armén, inom företagshälsovården och exempelvis i samband med immigration. Undersökningarnas resultat antecknas i informationssystemen som fritt formulerad text och i strukturerad form. En del av de insamlade uppgifterna bör följa personen under hela livet, såsom information om vaccinationer, begränsningar av funktionsförmågan eller en egen hälsoplan. Det är ändå inte fallet, eftersom varje producent av hälso- och sjukvårdstjänster gör sina egna anteckningar, som inte överförs med personen i fråga till nästa tjänsteproducent. Det finns ett klart behov av dataöverföring över organisationsgränserna.

Silotänkandet inom hälso- och sjukvården samt avbrotten i informationsflödet är ett problem som orsakar mycket onödigt arbete och försämrar möjligheten att följa upp en persons hälsa och arbets- och funktionsförmåga effektivt och på lång sikt. Arkivet för patientdata som ingår i Nationella hälsoarkivet (Kanta) kommer att erbjuda en lösning på det ovan nämnda problemet. Producenterna av hälso- och sjukvårdstjänster registrerar patientdata i systemet. Systemet tar fram patientens viktigaste vårdinformation ur de arkiverade dokumenten och dessa kan ses av yrkesutbildad personal inom hälso- och sjukvården eller av medborgaren själv. Patientdataarkivets struktur och innehåll bör utvecklas så att man enkelt hittar inte endast den viktigaste hälsoinformationen, utan också information om hälsoundersökningar och den personliga hälsoplanen.

7 SLUTORD

Liisa-Maria Voipio-Pulkki

Utgångspunkten för publikationen Screening i Finland 2014 var screening-arbetsgruppens enhälliga åsikt om vikten av att stärka den nationella styrningen av screeningarna. För den behövdes en koncis översikt över screeningverksamhetens historia, nuläge och aktuella frågor.

Servicestrukturreformen inom social- och hälsovården som bereds för närvarande kommer att ändra på ansvaret för att ordna screening. Ansvaret för screeningprocessen koncentreras på ett enda håll i de social- och hälsovårdsområdena. Reformen ger ett utmärkt utgångsläge för att ordna jämlik, smidig, effektiv och kostnadseffektiv screeningverksamhet i vårt land också i framtiden.

Nya screeningar och verksamheter av screeningtyp erbjuds ständigt. Även i de etablerade screeningarna i det nationella screeningprogrammet sker ändringar: screeningmetoderna, befolkningsstrukturen, sjukdomarnas epidemiologi och vårdmetoderna för de sjukdomar som screeningen gäller förändras hela tiden. Därför måste det nationella screeningprogrammet utvärderas kritiskt åtminstone en gång per decennium. Det tar också många år att bygga upp en fungerande screeningkedja. Inledandet av fosterscreening, som beskrivs i den här publikationen, är ett utmärkt exempel på detta.

En screening som i ett omsorgsfullt uppbyggt undersökningsupplägg har påvisats vara effektiv går inte nödvändigtvis att tillämpa som sådan eller genomföra i praktiken i vårt land. Exempelen i den här publikationen på screening för ämnesomsättningssjukdomar hos nyfödda och aortaaneurysmer åskådliggör de ibland mycket svåra överläggningar som screeningarbetsgruppen går igenom när den överväger kompletteringar av det nationella screeningprogrammet. Det valda arbetssättet har för sin del påverkats av kommunernas allt svårare ekonomiska situation och statistikmyndighetens tills vidare bristfälliga möjligheter att följa upp hur nya lagstadgade screeningar verkställs och vilken effekt de har. Servicestrukturreformen inom social- och hälsovården och reformen av personregisterlagstiftningen som är under beredning kommer för sin del att underlätta beslutsfattandet om det nationella screeningprogrammet. Kvalitetsledningen och uppföljningen av verkställandet av alla screeningar ska överföras till en myndighet för samordning, i nära samarbete med de framtida social- och hälsovårdsområdena.

Begreppet screening är krävande och tröskeln för godkännande som en del av det lagstadgade nationella screeningprogrammet är med fog hög. Inom hälso- och sjukvården finns det emellertid många nyttiga funktioner, i all-

mänhet som en del av en hälsoundersökning, som påminner om screeningar men noga räknat inte uppfyller de klassiska kriterierna för en screening. Därför beslöt vi att inkludera en beskrivning av de hälsoundersökningar som erbjuds olika åldersgrupper i publikationen. Det är viktigt att hälsoundersökningarna planeras och genomförs så att befolkningens deltagande i de egentliga screeningprogrammen inte minskar.

Människans intresse för att främja sin hälsa och för information om hur hon kan göra det ökar och förändras mycket snabbt. För närvarande bereds exempelvis en första nationell strategi för att utnyttja genominformation. När man kombinerar de nationella kunskapsreserverna, den hälsokunskap människorna själva har tagit fram och öppna data kan det öppnas nya möjligheter att fokusera åtgärderna och främja folkhälsan. Det nationella screeningprogrammet kommer i framtiden att utvärderas i ljuset av de här nya möjligheterna. Screeningarbetsgruppen önskar att den här publikationen väcker debatt om det nationella screeningprogrammets framtid och att alla finländare som är berättigade till social- och hälsovårdstjänster i framtiden ska ha tillgång till jämlika och effektiva screeningar

FÖRORDNINGEN OM SCREENING

Utfärdad i Helsingfors den 6 april 2011

Statsrådets förordning om screening

I enlighet med statsrådets beslut, fattat efter föredragning från social- och hälsovårdsministeriet, föreskrivs med stöd av 23 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010):

1 §

Definition av screening

Med screening avses i denna förordning undersökningar av eller provtagningar på befolkningen eller en viss del av befolkningen i syfte att konstatera en viss sjukdom eller dess förstadium eller för att upptäcka sjukdomsalstrare.

Screening utgör ett led i den förebyggande hälso- och sjukvården. Screening omfattar fastställande av målgruppen, rådgivning och handledning av individer, provtagning och undersökning, återrapportering, hänvisning till fortsatta undersökningar samt ordnande av behövliga hälsovårdstjänster.

2 §

Nationell screening

Screening enligt det nationella screeningprogrammet är

- 1) bröstcancerscreening för kvinnor i åldern 50–69 år födda 1947 eller där-
efter med 20–26 månaders intervaller,
- 2) screening i syfte att förebygga cancer i livmoderhalsen hos kvinnor i ål-
dern 30–60 med fem års intervaller,
- 3) under graviditetstiden:
 - a) allmän ultraljudsundersökning under tidig graviditet i graviditetsvecka
10+0–13+6,
 - b) utredning av kromosomavvikelser i första hand genom kombinerad scre-
ening under tidig graviditet (serumscreening i graviditetsvecka 9+0–11+6
och mätning av nackuppkklarning i samband med den allmänna ultraljudsun-
dersökningen i graviditetsvecka 11+0–13+6) eller alternativt genom serums-
creening under andra trimestern i graviditetsvecka 15+0–16+6, och

c) ultraljudsundersökning för att utreda grava anatomiska avvikelser i graviditetsvecka 18+0–21+6 eller efter graviditetsvecka 24+0.

3 §

Annan screening

Om en kommun ordnar annan screening än den som anges i det nationella screeningprogrammet ska kommunen innan screeningen inleds göra en bedömning av hurdana krav screeningen ställer på hälso- och sjukvårdens servicesystem och hur screeningen inverkar på systemet. Bedömningen omfattar en granskning av den sjukdom som screeningen gäller och dess utbredning samt behandlingen av den, screeningmetoderna, screeningens effekt, organisering och totala kostnader samt de etiska frågorna i anslutning till screeningen.

4 §

Ordnande av screening

Screeningen ska ordnas enligt ett program som kommunen beslutar om på förhand. Programmet ska innefatta ändamålsenliga förfaranden för kvalitetsledning och kvalitetssäkring.

För att kunna erbjuda ändamålsenliga screeningtjänster ska kommunen regelbundet följa och utvärdera hela screeningprocessens kvalitet och screeningsternas tillförlitlighet.

5 §

Deltagande i screening

Alla kommuninvånare som ingår i den grupp som ska genomgå screening har rätt att delta i screeningen på lika grunder. Deltagandet i screeningen är frivilligt.

Kommunen ska se till att kommuninvånarna har tillgång till tillräcklig information om screeningens mål och effekt, om eventuella risker i anslutning till screeningen samt om ordnandet av screeningen.

När hälsovårdstjänster ordnas får kommuninvånarna inte särbehandlas på grundval av om de har deltagit eller deltar i screening enligt det nationella screeningprogrammet eller i annan screening som kommunen har ordnat.

6 §

Särskilda förutsättningar

En verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården som tar del i insamling och undersökning av screeningprover, återrapportering och fortsatta undersökningar ska ha tillgång till tillräcklig sakkunskap och sådan personal och utrustning som förutsätts för verksamheten.

Kommunen ska utse en ansvarig person för varje screening.

7 §

Styrning och uppföljning

Institutet för hälsa och välfärd ska i samråd med andra aktörer inom branschen följa och utvärdera pågående screeningprogram och de metoder som används inom programmen.

8 §

Ikraftträdande

Denna förordning träder i kraft den 1 maj 2011.

LITTERATUR

Författningar:

- Förordningen om riksomfattande personregister för hälsovården (774/1989)
Lagen om riksomfattande personregister för hälsovården (556/1989)
Social- och hälsovårdsministeriets förordning om uppgörande av en plan för kvalitetsledningen och för hur patientsäkerheten tillgodoses (341/2011)
Social- och hälsovårdsministeriets förordning om vaccinationer samt om screening av smittsamma sjukdomar under graviditet (421/2004)
Social- och hälsovårdsministeriets förordning om medicinsk användning av strålning (423/2000)
Strålskyddslagen (592/1991)
Hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010)
Lagen om företagshälsovård (1383/2001)
Statsrådets förordning om principerna för god företagshälsovårdspraxis, företagshälsovårdens innehåll samt den utbildning som krävs av yrkesutbildade personer och sakkunniga (708/2013)
Statsrådets förordning om screening (339/2011)
Statsrådets förordning om planer för ordnande av hälso- och sjukvård och om avtal om ordnande av specialiserad sjukvård (337/2011)
Statsrådets förordning om hälsoundersökningar i arbete som medför särskild fara för ohälsa (1485/2001)

Övriga:

- Autti-Rämö I, Koskinen H, Mäkelä M, Ritvanen A, Taipale P och expertgrupp. Ultraljudsundersökningar och serumscreeningar under graviditeten för upptäckande av anatomiska missbildningar och kromosomavvikelser. Finohtas rapport 27/2005. Stakes, Saarijärvi; 2005.
- Autti-Rämö I, Laajalahti L, Koskinen H, Sintonen M, Mäkelä M och expertgrupp. Screening av sällsynta metaboliska sjukdomar hos nyfödda barn. Helsingfors: Stakes; 2004. Finohtas rapport 22.
- Autti-Rämö I, Saalasti-Koskinen U, Mäkelä M. Kuulon seulonta vastasyntyneillä. (Hörselscreening på nyfödda.) Helsingfors: Finohta; 2005. Kort översikt 1/2005.
- Diabetes. God medicinsk praxis-rekommendation. <http://www.kaypahoito.fi/web/svenska/for-patienter/rekommendation?id=khr00065>

- Dyslipidemier. God medicinsk praxis-rekommendation. <http://www.kaypahoito.fi/web/svenska/for-patienter/rekommendation?id=khr00089&suositusid=hoi50025>
- Hermanson T (ordförande), Leipälä J (sekreterare) och expertgrupp. Screening för avvikelser hos fostret. Promemoria av sakkunnigruppen som stödjer verkställigheten av statsrådets förordning om screening. Social- och hälsovårdsministeriets utredningar 2009:1.
- Hovi S-L, Lyytikäinen O, Autti-Rämö I, Laitinen R, Mäkelä M och expertgrupp. Förebyggande av B-streptokockinfektion hos nyfödda: En jämförelse av åtgärdsmodeller. Helsingfors: Stakes 2007. Finohtas rapport 31.
- Handboken Hyvä työterveyshuoltokäytäntö (God företagshälsovårdspraxis). Arbetshälsoinstitutet 2014.
- Förhöjt blodtryck. God medicinsk praxis-rekommendation (på finska). <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi04010>
- Leipälä J, Hänninen K, Saalasti-Koskinen U, Mäkelä M. Kuinka kertoa sikiön poikkeavuuksien seulonnoista. Opas äitiyshuollon työntekijöille. (Handbok om interaktionen vid screening, på finska). Institutet för hälsa och välfärd, handbok 2/2009.
- Leipälä J, Saalasti-Koskinen U, Blom M, Autti-Rämö I, Gissler M, Hämäläinen E, Paganus A, Isojärvi I, Kääriäinen H, Renlund M, Mäkelä M. Fenylketonurian seulonta Suomessa. (Screening för fenylketonuri i Finland.) Terveysthuollon menetelmien arviointiyksikön Finohtan julkaisuja. (publikation av Enheten för utvärdering av medicinsk metodik Finohta.) Nopea katsaus 1/2008. (Kort översikt 1/2008.)
- Mäkelä M, Kaila M, Lampe K, Teikari M, red. Menetelmien arviointi terveydenhuollossa. (Utvärdering av metoderna inom hälso- och sjukvården.) Helsingfors: Kustannus Oy Duodecim 2007.
- Mäkelä M, Saalasti-Koskinen U, Saarenmaa I, Autti-Rämö I. Effekterna av en utvidgad bröstcancerscreening: Uppdatering av Finohtas rapport 16/2000. Finohtas rapport/Stakes: 28/2006.
- Mäklin S, Laukontaus S, Salenius J-P, Ronsi P, Roth W-D, Laitinen R m.fl. Vatsa-aortan aneurysman seulonta Suomessa. (Screening av bukaorta-aneurysm i Finland.) Helsingfors: Institutet för hälsa och välfärd 2011. Rapport 30/2011.
- Förebyggande av flyktingars och asylsökandes infektionsproblem. SHM rapport 2009:21 http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11113.pdf
- Räsänen P och Sintonen H. Terveysthuollon taloudellinen arviointi. Finlands Läkartidning, 2013, 17(68): 1255–1260a.
- Saarenmaa I, Salminen T, Varonen H, Fredriksson M, Sintonen H, Mäkelä M. Rintasyöpäseulonnan laajentamisen vaikutukset: Selvitys mammografiaan perustuvan rintasyöpäseulonnan kustannus-vaikuttavuudesta

60–69 -vuotiailla naisilla. (Effekterna av en utvidgad bröstcancerscreening. Utredning av kostnadseffekten av bröstcancerscreening hos kvinnor i åldern 60–69 baserad på mammografi.) Finohtas rapport/Stakes: 16/2000.

Screeningprogram. Handbok för kommuner om ordnande av screening som ett led i folkhälsoarbetet. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2007:5. Helsingfors 2007.

Sintonen H. Milloin seulonta kannattaa taloudellisesti? Duodecim 2000; 116: 902–8.

Social- och hälsovårdsministeriets anvisningar för tidigt konstaterande av lungtuberkulos vid hälsoundersökning av invandrare. SHM publikationer 2014:8 http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9882186&name=DLFE-30933.pdf

STUKs direktiv ST 3.8 Strålsäkerhet vid mammografiundersökningar.

Surcel HM, Haula T, Mäkelä M, Aho I, Hiltunen-Back E, Salo E, Isojärvi J, Backas J, Leipälä J. Infektionsscreening under tidig graviditet i Finland. THL:s rapport 2014:7.

Syöpäseulontapalvelujen hankinta ja kilpailutus: (Upphandling och konkurrensutsättning av cancerscreening) http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=2869

Terveystarkastukset työterveyshuollossa. (Handbok om hälsoundersökningar inom företagshälsovården). Arbetshälsoinstitutet, Helsingfors 2005.

Viisainen K (red.). Screeningundersökningar och samarbete inom mödravården. Rekommendationer 1999. Stakes handböcker 34, Jyväskylä 1999:39–54.

BILAGA 1. EXEMPEL PÅ OLIKA TYPER AV HÄLSO-
UNDERSÖKNINGAR, DERAS MÅLGRUPPER,
LAGSTIFTNING, TÄCKNING, ELEMENT I
SCREENINGEN OCH MÅL.

Hälsoundersökning	Mål- och åldersgrupp	Lags- stadgad hälsoundersökning (ja/nej, referens)	Täckning (% av målgruppen deltar, uppskattning?)	Element i screeningen som ingår i hälsoundersökningen	Mål
Under sökningar vid mödrarådgivningsbyrån	Familjer som väntar barn	Ja (HSL 1326/2010, SrF 338/2011) Periodiska hälsoundersökningar (förstföd. 9+2, THL handbok) inkl. 1 omfattande hälsoundersökning	99,8 % (födelseregistret, THL)	Fostrets hälsa Den gravida kvinnans hälsa Hela familjens hälsa (Handbok för mödrarådgivning THL 29/2013, kap. 7.6)	Omfattande hälsoundersökning *): 1) stärka resurserna, hälsan och välfärden hos barnet, föräldrarna och familjen 2) möjliggöra tidig identifiering av familjens och familjemedlemmarnas behov av stöd 3) säkerställa att stödet ordnas och ges vid rätt tidpunkt samt 4) effektivera förebyggandet av utslagning och minskar skillnaderna i hälsa.
Under- sökningar vid barnrådgivningsbyrån	Barn under skolåldern (0–6 år) och deras familjer	Ja (HSL 1326/2010, SrF 338/2011) Periodiska hälsoundersökningar (9+6) inkl. 3 omfattande hälsoundersökningar	99,5 % (uppgifter om vaccinations-täckning)	Psykosocial utveckling Kommunikation, tal och språk Fysisk hälsa, tillväxt och utveckling (bedömning av den fysiska funktionsförmågan) Syn och hörsel Neurologisk utveckling Munhälsa Hela familjens hälsa	Se *) Identifiera problem i barnets tillväxt och utveckling samt hälsa och välfärd (inkl. sjukdomar, störningar) och behov av stöd så tidigt som möjligt Stöd till barnet och familjen samt vid behov hänvisning till undersökningar eller vård

Hälsoundersökning	Mål- och åldersgrupp	Lags-tadgad hälsoundersökning (ja/nej, referens)	Täckning (% av målgruppen deltar, uppskattning?)	Element i screeningen som ingår i hälsoundersökningen	Mål
Skolhälsovårdens undersökningar	Elever vid läroinrättningar som ger grundläggande utbildning (klasserna 1–9, 7–15 år)	Ja (HSL 1326/2010, SrF 338/2011) Periodiska hälsoundersökningar (9) inkl. 3 omfattande hälsoundersökningar	ca 100 %	Psykosocial utveckling (psyisk hälsa) Fysisk hälsa, tillväxt och utveckling Syn och hörsel Neurologisk utveckling Munhälsa Hela familjens hälsa Särskilda undersökningar som behövs för att konstatera hälso-tillståndet	Se *) Identifiera problem i barnets tillväxt och utveckling samt hälsa och välfärd (inkl. sjukdomar, störningar) och behov av stöd så tidigt som möjligt Stöd till barnet och familjen samt vid behov hänvisning till undersökningar eller vård
Studerandehälsovårdens undersökningar	Studerande vid gymnasier, yrkesläroanstalter och högskolor (16– år)	Ja (HSL 1326/2010, SrF 338/2011) Periodiska hälsoundersökningar	? (UC-publikation)	Psykosocial utveckling, Fysisk hälsa, tillväxt och utveckling Syn och hörsel Munhälsa	Få en heltäckande uppfattning om de studerandes hälsa och välfärd (även med tanke på hur de klarar studierna, obs. psykisk hälsa) samt vägleda de studerande till att göra hälsofrämjande val
Körkortundersökningar	När man tar körkort. Moped, motorcykel och personbil: 70–75 år (5 års intervaller) Lastbil, buss: 68–70 år (2 års intervaller)	ja Körkortslagen 386/2011			Bedömning av kördugligheten

Hälsoundersökning	Mål- och åldersgrupp	Lagsadgad hälsoundersökning (ja/nej, referens)	Täckning (% av målgruppen deltar, uppskattning?)	Element i screeningen som ingår i hälsoundersökningen	Mål
Arméns undersökningar - Undersökning vid uppbådet - Undersökning när man rycker in - Undersökning när tjänstgöringen är över					bedömning av tjänstedugligheten
Företagshälsovårdens undersökningar - på grund av särskild risk för insjuknande som arbetet medför • nyanställningsundersökning • periodiska hälsoundersökningar - undersökningar som stöder hälsa och arbetsförmåga • nyanställningsundersökning • riktade undersökningar o undersökning i slutet av ett anställningsförhållande	Personer i arbetsför ålder som får anställning eller arbetar med uppgifter som medför risk för exponering Förvärvsarbetande personer i arbetsför ålder	ja SrF 1485/2001 SrF 708/2013	>90%? ?	Beroende på exponeringen t.ex. hörsel, spirometri, lungröntgen, biomonitorering av blod eller urin T.ex. index för arbetsförmågan, Audit, BBI-15, laboratorieprov t.ex. lipider, blodsocker, levervärden, blodbild	Förebyggande och tidigt konstaterande av insjuknande på grund av arbetet Upprätthållande och främjande av hälsan och arbetsförmågan; hänvisning till vård och rehabilitering; anpassning av arbetet till arbetsförmågan

BILAGA 2. EXEMPEL PÅ NYTTAN MED DE VERKSAMHETSKONCEPT OCH ARBETSMETODER SOM ANVÄNDS I SAMBAND MED HÄLSOUNDERSÖKNINGAR VID RÅDGIVNINGSBYRÅERNA FÖR MÖDRAVÅRD OCH BARNAVÅRD SAMT INOM SKOLHÄLSOVÅRDEN

(BEARBETAD FRÅN HAKULINEN-VIITANEN & PELKONEN 2014)

Verksamhetskoncept eller arbetsmetod	Nytta med arbetsmetoden/verksamhetskonceptet
Uppföljning av tillväxt och utveckling. Nya tillväxtkurvor och -standarder	Uppföljning av tillväxten stöder tidigt konstaterande av sjukdomar och störningar som påverkar tillväxten samt anvisande av vård till behövande. Exempel på dessa är malabsorption (bl.a. celiaki), kroniska sjukdomar, endokrinologiska sjukdomar (bl.a. hypertyreos och för tidig pubertet på grund av överproduktion av androgener), kromosomanomalier och deprivation. Uppföljning av tillväxten gör det lättare att ställa tidig diagnos och hitta personer som behöver hjälp/vård. Uppföljning av vikten gör att sjukdomar och näringsproblem upptäcks tidigare och stöder förebyggandet av fetma.
Synundersökning	Undersökning av syn och ögon stöder tidig identifiering av sjukdomar med anknytning till synförmågan och ögonen (t.ex. medfödd katarakt, näthinnetumör). Synen är ett barns viktigaste kommunikationskanal under det första levnadsåret och därför är det viktigt att upptäcka avvikelser i synen och ögonen i ett så tidigt skede som möjligt. Ju tidigare en avvikelse i synen och ögonen uppstår, desto större inverkan kan den ha på barnets utveckling. Ögonkontakt är en del av den tidiga kommunikationen och bristande kontakt kan vara förknippad med problem med synförmågan eller med babyns utveckling som helhet. Nyttan med undersökning av synskärpan och korrigering av synförmågan syns i barnets kommunikationsförmåga och funktionella färdigheter samt i inläringen.
Hörselundersökning	Undersökning av hörseln gör det möjligt att identifiera fel på hörseln och anvisa vård. Även ett lindrigt fel kan inverka negativt på barnets tal- och språkutveckling samt senare i livet på framgången i studier och arbetsliv. Det är viktigt att hörselstörningar upptäcks tidigt för att trygga barnets kommunikation, tal, känsloliv, intellektuella och fysiska utveckling.
Undersökning av talutvecklingen	En undersökning av talutvecklingen gör det lättare att hitta barn med försenad språkutveckling som behöver fortsatta undersökningar och/eller talterapi. Det ligger i barnets och familjens intresse att problem i språkutvecklingen upptäcks och rehabiliteringen inleds så tidigt som möjligt. Rätt riktade och tidsmässigt anpassade stödåtgärder ger kostnadsbesparingar, eftersom barn som har problem med språkutvecklingen kan gå i skola i normala undervisningsgrupper om de har fått effektiv rehabilitering.
Bedömning av den neurologiska utvecklingen och stöd för utvecklingen i lekåldern, Lene-metoden	Lene-metoden hjälper till att identifiera tidiga avvikelser i utvecklingen hos barn redan i fyraårsåldern samt att vidta nödvändiga fortsatta åtgärder. Tidigt ingripande motverkar att problemen förvärras och hopar sig så att de påverkar barnens socio-emotionella utveckling. Lene-metoden fungerar utmärkt också för bedömning av tydliga inlärningssvårigheter som uppkommer i början av skolgången (Valtonen 2006, Valtonen m.fl. 2007).
Identifiering av matvanor och näringsrådgivning	Näringsrådgivning har konstaterats vara en kostnadseffektiv åtgärd (Kiiskinen m.fl. 2008). Bland annat förbättrar rådgivningen kvaliteten på kosten genom att påverka intaget av frukt och grönsaker samt fettets kvalitet. Rådgivningen inverkar på gravida kvinnors matvanor samt på viktökningen under graviditeten och återgången till tidigare vikt (Luoto m.fl. 2007, Kinnunen m.fl. 2008). Eventuellt kan man förebygga så mycket som hälften av fallen av graviditetsdiabetes med hjälp av hälsosamma mat- och motionsvanor (Kinnunen & Luoto 2004, Luoto m.fl. 2007). Näringsintaget under graviditeten påverkar bland annat barnets sjukfrekvens under barndomen och i vuxen ålder (Erkkola & Virtanen 2013). Näringsrådgivning för hela familjen är en effektiv åtgärd, eftersom inlärd matvanor kan yppa sig som fetma såväl i barndomen (Chen & Escarce 2010) som i vuxen ålder (Lagström m.fl. 2008, Singh m.fl. 2008).

Verksamhets-koncept eller arbetsmetod	Nytta med arbetsmetoden/verksamhetskonceptet
Viktkontroll	Näringsrådgivning antingen separat eller tillsammans med motionsintervention har konstaterats vara kostnadseffektiva åtgärder (Kiiskinen m.fl. 2008). Kostnads-effekten har påvisats när det gäller att förebygga typ 2-diabetes. Fetma är ett centralt folkhälsoproblem som orsakar många sjukdomar som kan behandlas och förebyggas effektivt genom viktnedgång.
Bedömning av motionsvanor och rådgivning	Motionens inverkan på upprätthållandet av hälsa och välfärd samt förebyggandet av sjukdomar är obestridlig (Sääkslahti 2005, Kiiskinen m.fl. 2008). Motion skyddar mot hjärt- och kärlsjukdomar, typ 2-diabetes och hjärngenomblödning samt sänker blodtrycket. Med hjälp av hälsorådgivning är det möjligt att utöka en familjs motionerande.
Identifiering av rökning och rådgivning om förebyggande och minskning av rökning och om rökstopp	Rökningens inverkan på hälsan är något som alla känner till. Bland annat mammor som röker under graviditeten löper dubbelt så stor risk för att få ett barn med låg födelsevikt som icke-rökande mammor (Räsänen m.fl. 2013). Interventioner för att minska rökningen/sluta röka, som genomförts av yrkesutbildade personer inom primärvården har konstaterats vara en kostnadseffektiv åtgärd (Kiiskinen m.fl. 2008). Ett program för att sluta röka, som riktar sig till gravida kvinnor, minskar rökningen bland kvinnor, minskar antalet prematurer och barn med låg födelsevikt (Melvin m.fl. 2000). Småbarnsföräldrar som slutar röka minskar barnens exponering för tobaks-rök. Det är möjligt att minska antalet barn och ungdomar som börjar röka genom att få deras rökande föräldrar att sluta (Kallio m.fl. 2006).
Identifiering av alkoholkonsumtion och rådgivning för en minskning av konsumtionen, Audit-blanketten	En miniintervention som genomförs inom primärvården är kostnadseffektiv och eventuellt kostnadsbesparande (Kiiskinen m.fl. 2008). Av de olika rusmedlen är det alkoholen som orsakar klart flest fosterskador (O'Leary 2004, Autti-Rämö 2011). I familjer där föräldrarna använder rusmedel försummas barnens fysiska och emotionella vård (tidig interaktion, anknytning) ofta mer än i andra familjer (Pohjola m.fl. 2007, Pajulo & Kalland 2006). Mammans drogmisbruk är den vanligaste orsaken till att ett barn blir omhändertaget (Sarkola m.fl. 2007). Föräldrarnas förbild i fråga om alkoholkonsumtion inverkar på barnens alkoholbruk senare i livet (Seljamo m.fl. 2006).
Bedömning av drogmisbruk bland unga och en hälsodebatt som främjar drogfrihet, Rusmedels-mätare för unga, Adsume	Adsume lämpar sig för användning vid hälsoundersökningar för högstadielever (klass 8 och 9) (Pirskanen 2007). Adsume hjälper till att identifiera skadliga följder av alkohol och narkotika (olycksfall, skada någon annan, gräl, överlagda sexuella relationer), vars samband med stora mängder alkohol unga personer har svårt att identifiera.
Identifiering av förlösningss-depression samt förebyggande och vård, EPDS-blanketten	Diskussion om depression och tillhörande EPDS-blankett är fungerande och effektiva metoder för att identifiera depressionssymptom och anvisa stöd till personer som behöver det (Gibson m.fl. 2009, Hewitt m.fl. 2009). Blanketten lämpar sig ändå inte för att ställa diagnos. Största delen av depressionsfallen är lindriga och kan behandlas med hjälp av information från rådgivningen och psykosocialt stöd (Glavin 2012). Förebyggande och tidig identifiering av förlösningssdepression är viktiga åtgärder eftersom symptomen blir en del av hela familjens vardag (Misri & Kendrick 2008).
Identifiering och tidigt stöd till ungdomar med affektiva symptom, Enkät RBDI13	Enkäten RBDI13 är lämplig för identifiering av unga personers psykiska symptom och den kan användas till att urskilja symptom som kräver vård. Ungdomsåren förknippas ofta med olika känslomässiga symptom, men utöver dessa finns också klart skönjbara symptom som påverkar ungdomarnas vardag och medför svårt lidande. Psykiska symptom kan undersökas och lindras med hjälp av ändamålsenlig behandling i situationen. Aktiv behandling av en sjukdom i ett så tidigt skede som möjligt är en viktig faktor som förbättrar prognosen. (Karlszon & Marttunen 2007, Raitasalo 2007)
Identifiering och tidigt ingripande i våld i nära relationer och inom familjen samt vanvård av barn	Hela familjen drar nytta av att man identifierar och ingriper i våld i nära relationer och inom familjen samt vanvård av barn i ett så tidigt skede som möjligt. Våld kan leda till döden eller livslång invalidisering. Våld förknippas med föräldrarnas psykiska problem, drogmisbruk samt problem med parförhållanden. Barns tillväxt och balanserade utveckling hotas om de bevittnar våld i nära relationer och inom familjen eller om de vanvårdas.
Identifiering av och stöd för tidig interaktion	Genom att stödja tidig interaktion på rådgivningsbyrån kan man förebygga och reparera barns psykiska problem. Med hjälp av stödet är det möjligt att förbättra interaktionen mellan barn och föräldrar samt minska problemen i anknytningen. (Puura m.fl. 2011, Puura m.fl. 2002.) Genom att observera problemen med tidig interaktion är det möjligt att i ett tidigt skede identifiera barn vars psykiska utveckling löper risk att försämrats och hjälpa dem (Mäntymaa m.fl. 2003, Mäntymaa 2006). Mammor som använder alkohol och narkotika behöver stöd för interaktionen, bland annat att påminna henne om att hålla baby i tankarna är en effektiv vårdform (Pajulo m.fl. 2006).

Verksamhets-koncept eller arbetsmetod	Nytta med arbetsmetoden/verksamhetskonceptet
Identifiering och förstärkning av resurser; Resursblanketter och resursorienterad så kallad motiverande intervju	Identifieringen av och stödet för familjens resurser minskar stressen och förbättrar föräldrarnas känsla av att duga (Steward-Brown & McMillan 2011). Inskikt möjliggör aktivt handlande till förmån för familjen. En resursorienterad så kallad motiverande intervju är en effektiv metod med tanke på korrigering av hälsovanor; bland annat för att minska upplevelsen av stress, depression och drogmissbruk (Lundahl m.fl. 2010).
Metoden Föra barnen på tal	Metoden Föra barnen på tal grundar sig på föräldrarnas möjligheter att stödja barnets utveckling och de skyddande faktorerna. Ett effektivt sätt att förebygga och korrigera psykiska problem hos barn är att sörja för interaktionen mellan föräldrarna och barnet. Metoden minskar barnets psykosociala symptom och främjar det prosociala beteendet, den kognitiva rolltagningsförmågan och stöder empatin. (Solantaus m.fl. 2010.)
Identifiering av behov av kamratsstöd och hänvisning till familjen föräldragrupp-verksamhet	Gruppverksamhet som erbjuds föräldrar till en hel årskull har konstaterats ge besparingar (Nilsson & Wadeskog 2008). Familjeträning i smågrupper har konstaterats utvidga det sociala nätverket och förbättra tillgången till stöd.
Hembesök: rådgivning och handledning	Rådgivning och handledning i samband med hembesök har konstaterats inverka på föräldrafärdigheterna, interaktionen mellan föräldrar och barn, amningens längd, identifieringen av förlossningsdepression samt förebyggandet av olycksfall och vanvård av barn (Elkan m.fl. 2000, Bull m.fl. 2004, Wilson m.fl. 2007). Hembesökens effekt syns särskilt hos familjer som behöver särskilt stöd. Med hjälp av hembesöken från rådgivningsbyråerna för mödravård och barnavård kan man hjälpa mammor med problem med utkomsten att skapa livskompetens och kontinuitet i parförhållanden samt att minska sitt drogmissbruk och vanvården av barnen (Olds m.fl. 2010, Barlow m.fl. 2007, Donelan-McCall m.fl. 2009).